PRIVATE
DEPOSITORY

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

113e Année - T. 2 - No 5
Décembre 1955

MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. et P. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART, P. COMBEMALE, P. COSSA, P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET, J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY, A. FRIBOURG-BLANC, P. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, J. LAUZIER, J. LÉPINE, J. LHERMITTE, L. MARCHAND, L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC, F. PACTET, N. PERON, H. PIÉRON, A. POROT, G. RAVIART, M. RISER, Th. SIMON, G. VERNET, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1955)

(L'abonnement part du 1er janvier)

France et Union Française..... 3.900 frs
Belgique et Luxembourg..... 600 frs belges
Autres pays..... $ U.S.A. 12

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux, le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES. CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1954

Les années *1844*, *1846* et *1847* sont épuisées.

Les années *1843*, *1848*, *1854*, *1860* et *1874* sont *rares* et ne peuvent être acquises qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930.) 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950). 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.
Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.
Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°

(*Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus*)

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au Dr René CHARPENTIER,
27, Avenue de la Costa, Monte-Carlo.

SOMMAIRE DU N° 5 (tome II), DÉCEMBRE 1955

MEMOIRES ORIGINAUX

V.-J. Durand. — Hallucinations olfactives et gustatives 777
M. Porot. — Electrochocs et cardiopathies 814
Ch.-L. Dell. — Enquête clinique sur les effets des acroagonines de Cerletti en thérapeutique psychiatrique 822

SOCIETE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 14 novembre 1955
(tenue à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard)

P. Sivadon, Mme A. Baratgin et J. Lemaire. — Expérience de rééducation psychomotrice chez des catatoniques chroniques 839
M. Schweich, E. Grin et R. Nicolle. — Aspects techniques de l'ergothérapie de bas niveau 844
J. Dublineau et B. Honoré. — Relations statistiques entre le sentiment de soif et la typologie du buveur interné 848
J. Dublineau et B. Honoré. — Relations statistiques entre certains malaises fonctionnels et la typologie du buveur..... 850
J. Rondepierre, P.-H. Hivert, B. Honoré et S. Vaugelade. — Résultats favorables obtenus par les neuroleptiques dans les psychoses de fâcheux pronostic 853

Séance du 28 novembre 1955

R. Coirault, H. Laborit, R. Damasio, J. Hainaut, B. Weber, A. Missenard et B. Jolivet. — Thérapeutiques récentes du delirium tremens. Utilisation d'un nouveau dérivé des cortico-stéroïdes : « Le succinate de 21-hydroxy-prégnandione ». 860

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES

2, rue Dispan, L'HAŸ-LES-ROSES (Seine) Rob. 30-05

DOCTEUR J. MAILLARD
Ex-Chef de Clinique à la Faculté
Médecin des hôpitaux psychiatriques

HYDROTHÉRAPIE, PYRÉTOTHÉRAPIE, INSULINOTHÉRAPIE, DIATHERMIE

J. Breton et F. Mars. — Confusion mentale hallucinatoire épileptique. Syndrome biologique d'encéphalite psychosique aiguë azotémique. Guérison par hibernation artificielle 866

L. Michaux, A. Buge et J. Lebourges. — Accès confuso-oniriques répétés chez une épileptique. Déclenchement des accès après crises convulsives spontanées. Action favorable de la sismothérapie 873

H. Ueberschlag et Y. Madeline. — Déblocage moteur, puis affectif, d'un catatonique 879

P. Sivadon. — Psychothérapie collective des mères de schizophrènes 883

B. Frey, H. Maurel et J.-P. Spielmann. — Forme non hallucinatoire de divulgation de la pensée 889

P. Fouquet et J. Clavreul. — Rôle du choc amphétaminique dans le diagnostic et le traitement des névroses alcooliques. 893

J. Delay, R. Sadoun, R. Ropert et M. Guibert. — A propos d'un cas de complications neurologiques du traitement par la chlorpromazine. Considérations cliniques et pathogéniques 897

Conclusions et vœu au sujet de la nouvelle organisation du diplôme des infirmiers des hôpitaux psychiatriques (M. G. Daumézon, rapporteur) 899

Election d'un membre correspondant national (M. J. Launay) 900

SOCIETES

Société française de neurologie

Séance du 3 novembre 1955

R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge et A. Pagès. — Les dysthyroïdies des traumatisés crâniens 901

R. Lafon, P. Passouant, R. Labauge et A. Pagès. — Syndrome myotonique au cours d'un myxœdème hypophysaire post-traumatique de l'adulte 901

M. Bonduelle et P. Bouygues. — Crises bravais-jacksoniennes, seule manifestation clinique d'un cholestéatome évoluant depuis 30 ans 902

D. Petit-Dutaillis, R. Messimy et H. Berdet. — Considérations sur les métastases intra-crâniennes, d'après 107 cas vérifiés 902

R. Melaragno Filho, A. Anghinah et R. Paulo Araujo. — Angiomatose épidurale et cutanée 902

D. Ferey. — La coagulation partielle du pédoncule antérieur des thalamus dans les douleurs invétérées. Perspectives intéressantes en psycho-chirurgie 902

S. Thieffry, Mme E. Bargeton et P. Corone. — Accidents nerveux des cardiopathies congénitales cyanogènes (étude de 80 cas avec 50 contrôles anatomiques) 902

P. Kissel, G. Arnould, P. Hartemen, J. Dureux et G. Debry. — L'électro-encéphalogramme dans la maladie de Friedreich 903

F. Thiébaut, D. Philipidès et F. Isch. — Un cas

(Suite du sommaire page III).

BELLADÉNAL

FRÉNATEUR DU VAGUE SÉDATIF
DES CENTRES SOUS-CORTICAUX

COMPRIMÉS ★ SUPPOSITOIRES

Laboratoires SANDOZ S.A.R.L. - 6, rue de Penthièvre, PARIS - 8e

de para-ostéo-arthropathie des hanches chez une jeune fille opérée de tumeur intra-médullaire 903

J. Nick. — A propos du procès-verbal sur deux observations de polynévrite par isoniazide à prédominance motrice 903

J. Barbizet. — Thermode variable (appareil pour la mesure quantitative de la perception thermique) 903

G. Boudin, J. Barbizet et Bui Quo Houng. — Le spectre de perception thermique et ses variations chez le sujet normal 904

Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile

Séance du 21 novembre 1955

M. Brissot. — Les difficultés de pronostic en psychiatrie infantile. Importance des facteurs sociaux et de la rééducation scolaire 904

G. Heuyer, S. Lebovici, L. Dell, Mme G. Ringuet et Novelleto. — A propos d'un cas d'Eonisme 905

G. Heuyer, S. Lebovici, J.-L. Lang et K. Stein. — Présentation d'un cas de schizophrénie infantile suivi depuis plus de 4 ans 905

Mme Borel-Maisonny. — Les mauvais résultats de la prothèse auditive chez l'enfant par carence éducative 905

Société de médecine mentale de Belgique et Société belge de médecine légale

Séance commune du 29 octobre 1955 sur un projet de réforme de la loi de défense sociale

J. Bobon. — Un projet de réforme de la loi de défense sociale 906

Société belge de neurologie

Séance du 29 octobre 1955

Hasaerts et Locoge. — Un cas d'affection musculaire myasthéniforme 910

L. Sorel. — Résultats cliniques et expérimentaux obtenus au moyen de quelques nouvelles substances anti-épileptiques 910

R. Gousette. — Le passage des antibiotiques dans le système nerveux central 911

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

P. Guiraud. — Psychiatrie clinique 912

A. Porot. — Manuel alphabétique de psychiatrie clinique, thérapeutique et médico-légale (supplément 1955) 914

H. Duchêne. — Etudes de socio-psychiatrie 915

Neurologie.

P. Cossa. — Découverte du système nerveux 916

(Suite du sommaire page IV).

VILLA DES PAGES

40, avenue Horace-Vernet

(Tél. Princesse 00-12) **LE VESINET** (S.-et-O.)

AFFECTIONS NERVEUSES
MALADIES DE LA NUTRITION

ATELIERS THÉRAPEUTIQUES

Toutes les applications modernes psychothérapiques et biologiques

Docteurs : P. LECLERCQ
Roger LEULIER, Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

G. Serratrice. — L'hématome intracérébral spontané (étude clinique, artériographique, électroencéphalographique et thérapeutique de 50 observations) 917

Problèmes médico-psychologiques.

R. Biot. — L'énigme des stigmatisés 918

Thérapeutique.

H. Baruk. — La thérapeutique psychiatrique 919
Molly Harrower. — Travail d'équipe médical et psychologique dans la cure du malade chronique 921

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

Ch. Richet, P. Parisot, H. Desoille, Ellenbogen, Fichez, Gallet, Gilbert-Dreyfus, Mans, Ségelle et Uzan. — Les séquelles de la misère chez l'adulte 922
Edoardo Balduzzi. — Le syndrome d'anorexie mentale 923
G.-H. Larue et R. Pion. — Délire d'interprétation à forme originale 923
J. Lhermitte. — Les démonopathies engendrées par l'encéphalite épidémique (léthargique) 923
J. Burstin. — Le Rorschach des schizophrènes à la lumière de l'analyse structurale 924
G. Collier et B. Defer. — Evolution et pronostic comparés de la psychose maniaco-dépressive hier et aujourd'hui 924
I. R. C. Batchelor et M. B. Napier. — Les conséquences et le pronostic à court terme des tentatives de suicide 924
A. Claps et A. Giannini. — Intoxication massive par digitale à évolution bénigne dans un cas de mélancolie 925
B. Cavalie. — Influence de l'éthylisme chronique sur la morbidité et les accidents du travail 925
Hacquart, Beis et Henry. — Le problème des troubles psychiques au cours de la tuberculose pulmonaire chronique 926
J. Bret et C. Kohler. — Incidences neuro-psychiatriques des cardiopathies congénitales chez l'enfant 926
A. Poggialli. — Les troubles psychiques dans les principales maladies nerveuses héréditaires 927
R. W. Waggoner et B. K. Bacchi. — Initial camouflage de lésions cérébrales organiques par des symptômes mentaux (Etudes cliniques et électroencéphalographiques) 927
D. R. Ziegler. — De l'atrophie cérébrale chez les malades mentaux 927
N. Rojas. — Maladie de Pick atypique 928
G.-H. Larue et J. Tellier. — Métastases cérébrales et pulmonaires d'une tumeur de Grawitz 928
F. Arrighi. — Parapsoriasis en plaque et psychose 929
M. Bolgert et M. Soulé. — Théorie psychogène du psoriasis (à propos de 200 observations) 929
M. Bolgert et M. Soulé. — Origine psychosomatique du psoriasis (étude de 200 cas) 929
M. Bolgert, M. Soulé et Mlle J. Noël. — A propos de l'étiologie psycho-somatique du psoriasis (étude d'un cas) 930
R. Rollier et Pelbois. — Quelques cas de pithiatisme et de simulation en dermatologie . 930

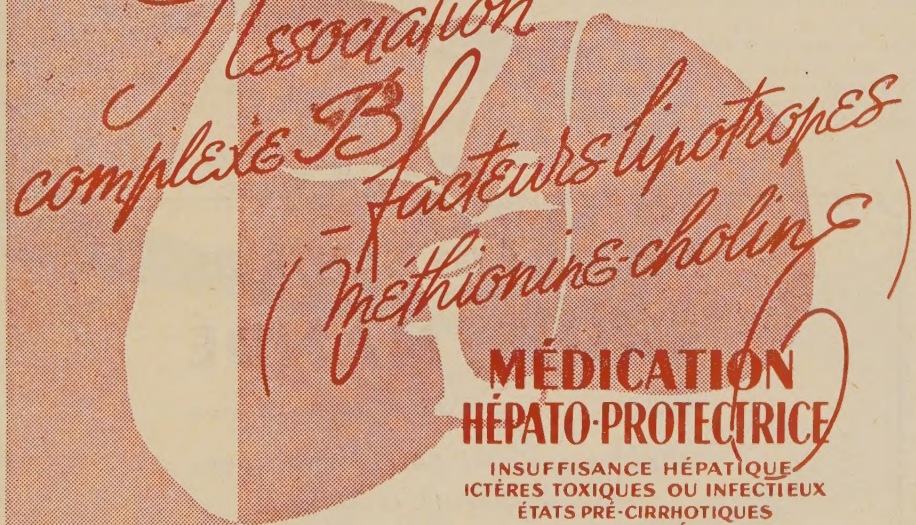
(Suite du sommaire page VI).

RÉÉDUCATION
APRÈS PSYCHO-CHIRURGIE
LES BOIS SAINT-JOSEPH D'HYÈRES
Boîte postale 118 à Hyères
Téléphone 30 à Carqueiranne (Var
Administrateur : Docteur CHARVET
Médecin Psychiatre : Docteur SAVY
Réalise les meilleures conditions de la rééducation psycho-motrice et sociale après **intervention psycho-chirurgicale et tous autres traitements psychiatriques**
ERGOTHÉRAPIE
PSYCHOTHÉRAPIE
CULTURE PHYSIQUE
ACCUEIL AGRÉABLE
Établissement conventionné par la Sécurité Sociale, l'A.M.G. et les organismes de prévoyance

TOTALBÉ
MÉTHIONINE-CHOLINE

PROPHYLAXIE *du foie*
ALCOOLIQUE

Association complexe B - facteurs lipotropes (méthionine-choline)



MÉDICATION
HÉPATO-PROTECTRICE

INSUFFISANCE HÉPATIQUE
ICTÈRES TOXIQUES OU INFECTIEUX
ÉTATS PRÉ-CIRRHOTIQUES
CIRRHOSE. STÉATOSE
TROUBLES DE LA NUTRITION
ANÉMIES CARENTIELLES

POSOLOGIE : *2 à 8 comprimés par jour*

LABORATOIRES CHABRE FRÈRES
TOULON

Neurologie.

P. Wertheimer, L. Mansuy, J. Lecuire et J. Descotes. — Valeur sémeiologique de l'angiographie cérébrale dans les traumatismes cranio-cérébraux récents 930

P. Mouren, J. Bonnal et L. Massad. — Etude clinique et artériographique des thromboses sylviennes (à propos de 25 observations) 931

P. Giraud, A. Orsini et Ed. Louchet. — Survenue d'une méningite tuberculeuse deux mois après une vaccination par le B.C.G. 931

P. Melnotte, R. Senault et R. Huttin. — Méningite tuberculeuse rapidement mortelle à bacille de Koch résistant d'emblée à la streptomycine et à l'isoniazide 932

R. Mande. — Des méningites chez les sujets vaccinés par le B.C.G. 932

F. Lutier, Brunet, Piéchaud, Steffen. — Méningites purulentes aiguës à « Moraxella Lwoffi » 932

V. de Lavergne, M. Boulangé et M. Jérome. — L'encéphalomyélite de la rougeole. Remarques à propos de 4 observations. Etat actuel de la thérapeutique 932

F. Marty. — Relation entre glaucome et tumeur cérébrale 933

M. Bonduelle et P. Bouygues. — Myasthénie et polymyosites. Un cas de polymyosite avec thymome. Le syndrome myasthénique des myosites. La myasthénie, syndrome ou maladie 933

R. Even et Ch. Sors. — Neurolipomatose d'Alsberg et neurofibromatose de Recklinghausen 934

Th. Alajouanine, I. Bertrand, P. Castaigne, F. Lhermitte et G. Gruner. — Les manifestations nerveuses des leucoses. A propos de 6 observations anatomo-cliniques 934

R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J. Minvielle et J. Abric. — Atrophie élective des lobules paracentraux chez un paraplégique chronique, mise en évidence par encéphalographie gazeuse 935

H. Roger. — Les paraplégies brucellosiques 935

R. Mazaud, P. Giudicelli et J. Moissinac. — L'épidémie de poliomyélite de 1954 à Dakar et les symptômes aberrants concomitants .. 936

R. Debré. — Symptomatologie et diagnostic de la poliomyélite 936

P. Van de Calseyde, J. Houyet, P. Goffart et G. Noël, L. Laruelle, de Wever, L. Quersin-Thuiy et L. Dekegal. — L'épidémie de poliomyélite de Thuillies (1947) 937

P. Aboulker. — Rôle du laryngologiste dans les formes respiratoires de la poliomyélite . 937

R. Sohier, P. Lépine, G. Barski, J. Perreau et P. Coquet. — Epidémie de 6 cas de poliomyélite à forme initialement encéphalitique et apyrétique dus à un virus du type I ... 937

J.-N. Taptas et Faruk Bayulkem. — Discordances anatomo-cliniques au cours de certaines sciatalgies par hernie discale 938

E. Woringer, J. Baumgartner et J.-P. Braun. — Le diagnostic de la hernie discale lombo-sacrée par la myélographie au mono-iodo-méthane sulfonate de sodium (à propos de 500 cas) 938

A. Sicard et Cl. Sureau. — La hernie discale est-elle favorisée par la grossesse ? Etude de 100 cas opérés 938

M. Riser, J. Géraud, J.-P. Lacapère et C. Gleizes. — Manifestations neurologiques au cours d'une périartérite noueuse 938

G. Arnould, P. Hartemann, J. Dureux et Et.-G. Debry. — Syndromes neurologiques par malformation de la charnière cranio-rachidienne. A propos de 4 cas 939

(*Suite du sommaire page VIII*).

MAISON DE SANTÉ DE

SAINT-MANDÉ

Fondée par le Dr J. Hercouet

15, rue Jeanne-d'Arc, SAINT-MANDÉ (Seine)

Téléphone : DAUMESNIL 45-60 (3 lignes)

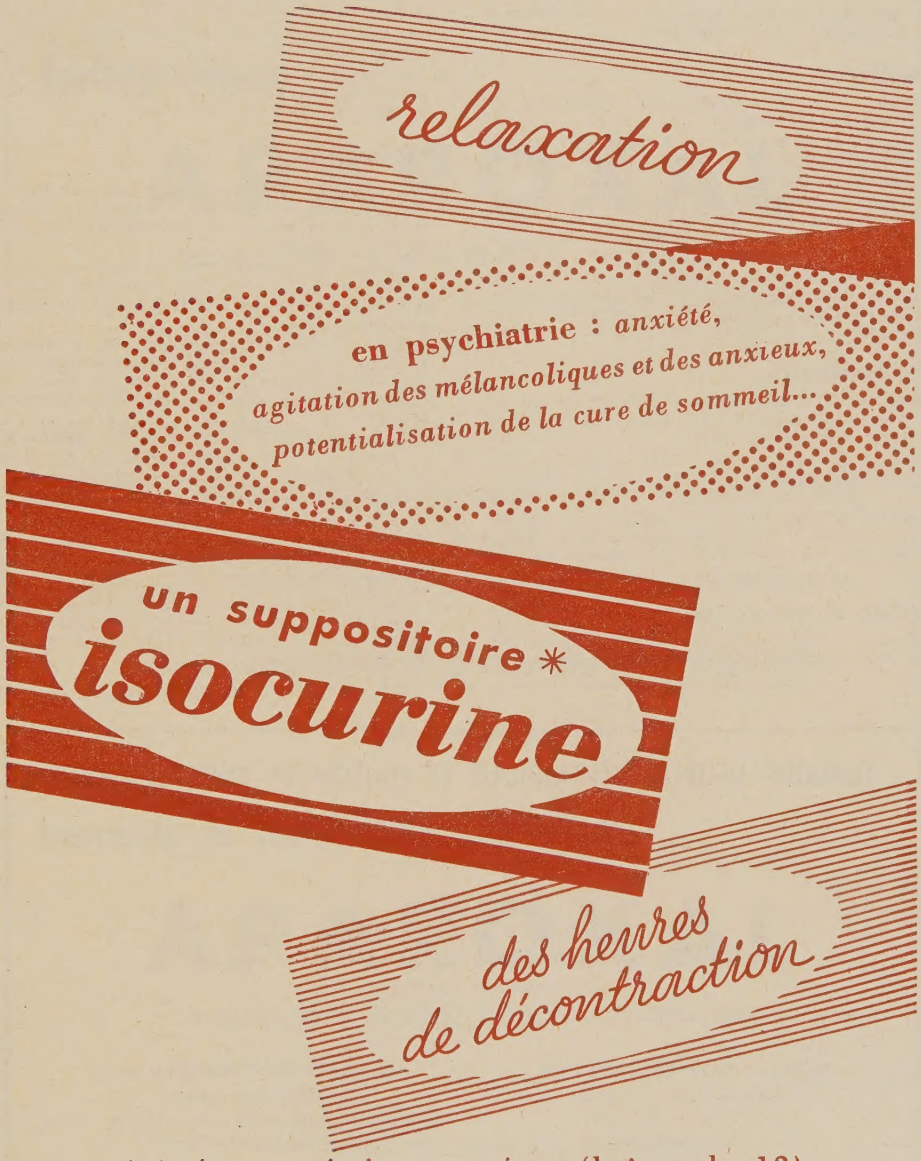
Directeur : Dr TISON

Dr LEROY — Dr MAURICE — Dr CORNUCHÉ

Etablissement médical
pour le traitement
des AFFECTIONS NERVEUSES
des TOXICOMANIES
des MALADIES de la NUTRITION

Situation exceptionnelle à la porte de Paris.
Installation technique de premier ordre.
Douze villas dans un grand parc

ELECTRO-CHOC — INSULINOTHÉRAPIE
ELECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE



1 à 4 suppositoires par jour (boîtes de 12)

LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie 17, RUE DE BERRI - PARIS-8e

* *L'infracurarisation* **par voie rectale,** *technique de sécurité, provoque une hypotonie musculaire régulière et prolongée, avec diminution de la tension nerveuse.*

L. Stuhl, S. Hanoune et R. Martinache. — Les algies cervico-brachiales par traumatisme du membre supérieur 939

A. Aimes, R. Lafon, J. Minvielle et G. Olivier. — Acropathie ulcéro-mutilante 940

Biologie.

R. Legoq. — Les modifications humorales de l'alcoolisme chronique 940

G. Tramier et J. Ranque. — Intérêt de l'épreuve d'immobilisation du tréponème dans l'étude de la syphilis familiale 940

P. Lépine. — Méthodes de laboratoire dans la poliomyélite ; leur application au développement des méthodes diagnostiques et à la préparation des vaccins 941

P. Lépine, C. Perez del Castillo et Mlle C. Meylan. — Recherches sur le taux des anticorps poliomyélitiques dans la population uruguayenne 941

Endocrinologie.

R. Degos et B. Ossipowski. — Myxœdème cutané. Forme éléphantiasique des membres inférieurs chez un basedowien opéré 942

De Graciansky et Leclerc. — Myxœdème circonscrit prétibial très amélioré par la thyroxine 942

E. Azerad, Ch. Grupper et J. de Brux. — Myxœdème cutané : forme éléphantiasique, forme lichénoïde sclérodermique et forme « en plaques » 942

Hygiène et prophylaxie.

P. Lépine. — Poliomyélite. Problèmes de la contagiosité et mesures d'hygiène hospitalières 942

M. Deparis. — Données actuelles sur l'épidémiologie de la poliomyélite 943

G. Ramon. — A propos du vaccin et de la vaccination contre la poliomyélite 943

G. Ramon. — Vaccin et vaccination contre la poliomyélite 943

A. Jezierski. — Immunisation active des singes contre la poliomyélite au moyen d'un vaccin formolé et d'un vaccin vivant 944

Thérapeutique.

R. Coirault, J. Hainaut, B. Weber, J. Misnard, B. Jolivet et H. Laborit. — Delirium tremens, étude thérapeutique. Considérations biologiques et bio-électriques 944

H. Laborit, R. Coirault, R. Damasio, J. Hainaut et B. Weber. — Première utilisation d'un stéroïde narcotique dans le traitement du delirium tremens 945

P. Delore, Mlle Guichardière, R. Lambert et J. Fontvieille. — Etude médico-sociale et bilan thérapeutique de 225 cures de désintoxication alcoolique par le tétra-éthyl-thiouramedisulfure 945

R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J. Minvielle et J. Abric. — Encéphalopathie de Gayet-Wernicke ; efficacité de la vitaminothérapie B1 946

Ch. Brisset. — Traitement des toxicomanies 946

J. Lereboullet, R. Pluvinage, L. Vidart, R. Delarue et C. Amstutz. — Résultats obtenus dans le traitement de l'épilepsie par le N-benzyl-β-chloropropionamide 946

J. Lereboullet, R. Pluvinage, L. Vidart, R. Delarue et C. Amstutz. — Le traitement de l'épilepsie par le 5-phényl-éthylhexahydro-pyrimidine-4-6-dione 947

(Suite du sommaire page X).

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

du Docteur J.-B. BUVAT

DOCTEURS

G. VILLEY et J.-Fr. BUVAT

Anciens Internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Médecins-Directeurs

Docteur BUVAT-COTTIN
Ancien Interne provisoire
des hôpitaux de Paris
Médecin-traitant

Docteur BUVAT-POCHON
Ancienne Interne
des hôpitaux psychiatriques de la Seine
Médecin-traitant

VILLA MONTSOURIS
130, Rue de la Glacière, PARIS (13e)
Mardi, Samedi 14 h. 30 - 16 h. 30
Tél. Gob. 26-52 et 26-53

L'ABBAYE
VITRY-CHATILLON (S.-et-O.)
Jeudi 14 h. 30 - 16 h. 30
Tél. Belle-Épine 40-76

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

Épilepsie...

APAROXAL

CACHETS

Formule A : dosée à 0 gr. 10 par cachet (pour adultes)
Formule E : dosée à 0 gr. 05 par cachet (pour enfants)

Un long recul...

Plusieurs milliers de traitements poursuivis pendant 25 ans
ont prouvé
l'efficacité et la parfaite tolérance de l'**Aparoxal**

Aucun accident n'a jamais été signalé

Insomnie et nervosisme mineur...

APAROXAL

GOUTTES

INSOMNIES,
ANXIÉTÉS,
ANGOISSES,
PETITS TROUBLES CARACTÉRIELS,
TICS, CHORÉE.

10 à 25 gouttes trois fois par jour.
Si nécessaire doubler la dose vespérale.

Echantillons et littérature :
Laboratoire Dr VEYRON et FROMENT
80, Rue de Monte-Cristo -:- MARSEILLE

E. Woringer, J. Baumgartner, G. Thomalske et J. Schneider. — Résultat du traitement neurochirurgical de 22 « épilepsies temporales » 947

J. Dechaume et J. Courjon. — L'épilepsie partielle continue ; contrôle opératoire et électroencéphalographique (à propos d'un cas) . 947

P. Rentchnik. — Antibiotiques et chimiothérapie. Les causes d'échec de la médication antibiotique 948

H. Robbe et C. Igert. — Les antibiotiques en neuro-psychiatrie 948

M. Deparis et A. Sarrazin. — Méningite tuberculeuse traitée précocement par les antibiotiques et l'A.C.T.H. 948

R. Sacrez, G. Burghard, D. Fischer et J. Sauleda. — Le traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant. Résultats 949

P. Monnet, J. Gauthier et P. Verney. — Considérations sur le traitement des méningites suppurées. A propos de 31 observations 949

J. Duplay, P. Cossa et P. Postel. — Considérations à propos de l'amélioration spectaculaire d'un hématome sous-dural méconnu et traité par A.C.T.H.-cortisone 949

L. de Gennes, H. Bricaire et B. Mathieu de Fossey. — L'hydrocortisone dans le traitement de la maladie d'Addison 950

R. Lafon, J. Minvielle, G. Olivier et Comelade. — La place de l'A.C.T.H. et de la cortisone dans le traitement des chorées aiguës 950

J. Sigwald et J. Payot. — Action thérapeutique symptomatique du chlorhydrate de cyclimine sur les syndromes parkinsoniens 950

V. Porta. — Le pneumo-encéphalogramme thérapeutique dans la chorée 951

P. Milliez, B. Dreyfus, J. Himbert et Ph. Moreau. — Maladie de Hodgkin. Radiothérapie massive. Méningite tuberculeuse foudroyante au cours d'un traitement par la cortisone 951

G. Lazorthes et L. Campan. — Les hypotensions contrôlées. La multiplicité des procédés . 951

Sénèque, C.-L. Chatelin et P. Huguenard. — Hibernation artificielle chez l'homme 952

R. Favre. — Le rôle du froid dans l'hibernation artificielle (Méthode de thérapeutique générale et d'anesthésiologie) 952

D. Petit-Dutaillis. — L'hibernation en neurochirurgie 952

J. Cahn, P. Huguenard et L. Campan. — Hibernation artificielle sans chlorpromazine. Etude expérimentale : essais cliniques, application en neuro-chirurgie 953

G. Tardieu et J.-J. Pocidalo. — Chlorpromazine et lésion expérimentale du tronc cérébral 953

E. Woringer, J. Baumgartner, G. Brogly et A. Soetens. — L'arfonad en regard des ganglioplégiques classiques dans leur application neuro-chirurgicale 953

O. Bertolini. — L'action du 4560 R.P. dans divers syndromes psychiatriques 954

R. Lafon, N. Duc, R. Labauge et M. Ribstein. — Action du 4560 R.P. sur les syndromes schizophréniques 954

Mlle H. Pélissier, J. Minvielle et Dutarte. — Association chlorpromazine-électrochocs en thérapeutique psychiatrique. Observations cliniques et électro-encéphalographiques 954

J.-N. Vallat, Lepetit et Texier. — Diabète insipide au cours du traitement d'une schizophrénie par la chlorpromazine 955

J. Vidal, Mme Ter Schiphorst et Mlle L. Cavalier. — Traitement par la chlorpromazine des toux spasmodiques incoercibles 955

(*Suite du sommaire page XIV*).

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

Dr TARRIUS

Dr F. BRISSON Dr P. CITROME

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : Plaine 00-68

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Electrochocs
Cures de sommeil - Insulinothérapie - Narco-Analyses
Radiographie - Electro-Narcoses - Encéphalographies gazeuses

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAPELLE

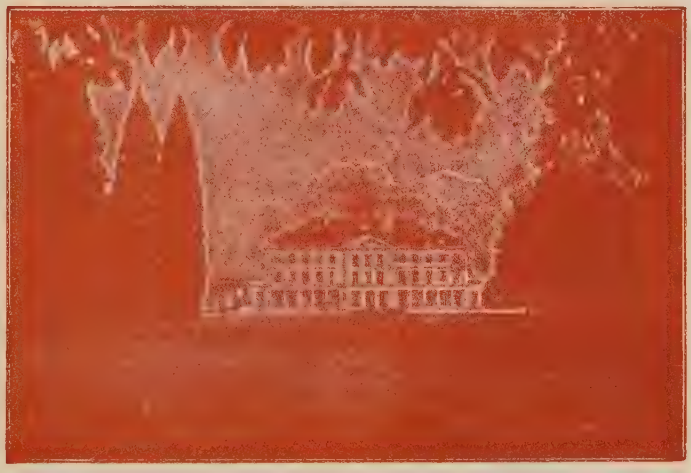
L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Autobus n° 154, Métro Pleyel-Enghien. — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris. Autobus 138 Porte de Clichy — Eglise d'Epinay.

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON (Suisse)

Tél. NYON : 95 441



TOUTES LES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

PSYCHOTHÉRAPIE

Cures de désintoxication et de sommeil

Méthodes de choc

Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE

Radiologie

Laboratoire

Ateliers divers

Sports

Médecin-directeur :

Dr Charles DURAND

Ancien Chef de clinique à la Faculté de Paris

ODETTE ZÉAU

VITAMINOTHÉRAPIE
A HAUTES DOSES PAR VOIE BUCCALE B1

BÉVITINE 50

COMPRIMÉS dosés à 50 mg de VITAMINE B1 (tubes de 20)

LA BÉVITINE est également présentée en COMPRIMÉS dosés à 5 mg et en AMPOULES dosées à 10 mg - 25 mg et 100 mg

ALGIES NERVEUSES
POST-ZOSTÉRIENNES · SCIATIQUES
CERVICO-BRACHIALES · RADICULITES
NÉVRALGIES du TRIJUMEAU
ALGIES MÉNINGÉES

MYALGIES
ARTHRALGIES

Echantillons et littérature sur demande

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
RHÔNE POULENC
PARIS
INFORMATION MÉDICALE
22, COURS ALBERT 1er - TEL. BAL. 10-10
Boîte postale 53-08-Paris 8e

Tome II. — N° 5 Décembre 1955

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

HALLUCINATIONS OLFACTIVES ET GUSTATIVES

PAR

V.-J. DURAND (de Saint-Venant)

Bien que relativement fréquentes, les hallucinations olfactives et gustatives, pendant longtemps, ont été assez peu étudiées. La littérature a été pour elles beaucoup moins abondante que pour les autres troubles psycho-sensoriels. Cependant, ce sont des symptômes que la pratique psychiatrique permet de rencontrer souvent, soit comme élément d'un délire plus ou moins riche aux hallucinations variées, soit comme un signe isolé, dont le malade peut reconnaître lui-même le caractère morbide, soit en se traduisant au premier abord uniquement par des troubles du comportement (grimaces, modifications de la mimique, refus d'aliments). La part limitée faite dans certains travaux à ces types d'hallucinations est peut-être une conséquence de la relative pauvreté des notions physiologiques sur les sens du goût et de l'odorat et du caractère, souvent élémentaire, parfois imprécis, ineffable, des phénomènes psycho-sensoriels olfactifs et gustatifs.

Néanmoins, le développement de la neuro-chirurgie et de

l'électro-encéphalographie, les progrès des connaissances sur l'épilepsie et les tumeurs cérébrales, les études de physiologie nerveuse humaine et comparée, même certaines conceptions psychanalytiques, ont donné récemment un essor nouveau aux recherches sur la gustation et l'olfaction et, en conséquence, sur les hallucinations correspondantes. En différents pays, les publications se sont multipliées sur la question, s'appuyant sur une base expérimentale plus solide, des notions plus sûres de physiologie, permettant dans certains cas, par une meilleure analyse sémiologique, de préciser un diagnostic topographique de lésion cérébrale (surtout tumorale) avec sanction thérapeutique.

Il nous a semblé intéressant de rappeler ici quelques travaux concernant les hallucinations olfactives et gustatives et d'essayer de préciser l'état actuel des problèmes posés par elles, au moins dans certains de leurs aspects.

Historique

Les hallucinations du goût et de l'odorat semblent avoir été connues dans l'antiquité. Arétée de Cappadoce, cité par Michéa, les avait décrites et, en particulier, les auras olfactives des épileptiques. Le même Michéa évoque Raymond Lulle, qui sentit une odeur plus suave que celle du musc et de l'ambre et paraissant provenir d'un crucifix devant lequel il était agenouillé.

Certains cas sont demeurés classiques, comme celui de Ravaillac qui, détenu pour dettes à la prison d'Angoulême, avait des « visions » et percevait des odeurs de soufre et d'encens.

De son côté, le prolixe Berbiguier rappelle, dans un de ses écrits, qu'étant un jour à genoux à l'église, devant l'autel de la Vierge, il sentit passer, sous son nez, un farfadet qui lui fit éprouver une odeur évoquant celle de la civette occidentale.

Tous les auteurs du dernier siècle ont cité l'exemple d'Andral qui, au début de ses études médicales, avait été très impressionné de voir, dans une salle de dissection, le cadavre d'un enfant à demi rongé par les vers. Le lendemain matin, s'approchant de la cheminée de sa chambre pour rallumer le feu, il aperçut devant lui le petit cadavre qui dégageait une odeur infecte, le phénomène se prolongeant pendant un quart d'heure.

A la fin du siècle, les travaux d'Hughlings Jackson et Beever sur les crises uncinées apportent d'utiles précisions sur certains phénomènes psycho-sensoriels du goût et de l'odorat, en mon-

trant leur valeur localisatrice. Celle-ci fut confirmée plus tard par de nombreux auteurs comme Cushing, Th. de Martel, Rowe, Kennedy, Massion-Verniory, H. Baruk.

Dans l'ensemble, les traités classiques ne consacrent que de brefs chapitres aux hallucinations olfactives et gustatives, n'en donnent parfois que des descriptions peu précises. D'autre part, cependant, quelques observations intéressantes sont publiées. C'est ainsi qu'en 1905, E. B. Leroy présente au congrès des aliénistes une communication intitulée « Préoccupations hypocondriaques avec hallucinations obsédantes de l'ouïe et de l'odorat », concernant une malade qui pensait répandre autour d'elle une odeur répugnante, pendant que de nombreuses « voix » commentaient ce pénible phénomène. Wedensky, en 1912, appelle l'attention sur l'apparition épisodique d'hallucinations désagréables comme signes précurseurs de l'accès dipsomaniaque. L'année suivante, Loque et Terrier signalent l'existence isolée d'hallucinations olfactives dans un cas où le diagnostic de psychose hallucinatoire est posé sur ce seul symptôme. Brill, en 1932, fait une étude psychanalytique des troubles de l'olfaction. Rappelant l'opinion de Freud sur l'association étroite de l'odorat et de la libido, il rapporte quatre observations démonstratives en faveur de cette association. Bromberg et Schilder (1934), se basant sur la conception d'une mémoire olfactive et sur l'existence de représentations olfactives autonomes, décrivent quarante cas cliniques. Puis, à partir de 1937, la contribution des auteurs français devient particulièrement importante. Pórot, Bardenat et Léonardon rapportent le cas d'un psychasthénique tourmenté par des hallucinations olfactives repoussantes. La même année, Vié et Souriac décrivent l'observation d'une malade pour laquelle l'hospitalisation amène la disparition des phénomènes psycho-sensoriels et des troubles correspondants du comportement.

En Suisse, G. de Morsier, avant la dernière guerre, consacre plusieurs travaux aux hallucinations olfactives et, en particulier, à leurs rapports avec les traumatismes craniens.

L'année 1945 voit Alliez et Noséda publier une riche étude clinique et statistique rapportant 95 cas d'hallucinations olfactives et gustatives sur un ensemble de 5.400 psychoses, sujet auquel Noséda avait consacré sa thèse l'année précédente.

En 1946, Alliez publie une communication sur les hallucinations olfactives à contenu agréable, jusqu'alors assez négligées. Il montre la possibilité de transformation, si l'évolution est favorable, d'hallucinations pénibles en hallucinations agréables. En

1949, avec Paillas et Tamalet, il présente 32 cas d'hallucinations et d'hallucinoses olfactives.

Edoardo Balduzzi, en 1950, reprend l'étude des phénomènes psycho-sensoriels de l'odorat.

Tout récemment, Henri Gastaut et Joseph Roger, poursuivant leurs études systématiques des épileptiques psycho-moteurs, décrivent les troubles de l'olfaction et de la gustation observés chez eux.

Avant de décrire les phénomènes psycho-sensoriels eux-mêmes, nous rappellerons quelques notions de physiologie de l'olfaction et de la gustation, expliquant, au moins en partie, le mécanisme des troubles et permettant de comprendre leur possible valeur localisatrice.

Physiologie de l'odorat et du goût

Longtemps mal connue, la physiologie des sens olfactif et gustatif a bénéficié des travaux récents d'expérimentation animale, de certaines recherches chez l'homme, ainsi que du développement de la neuro-chirurgie, de l'électro-encéphalographie et de la corticographie. Mais, de nombreux points demeurent encore obscurs, surtout en ce qui concerne la gustation.

Olfaction

On pensait autrefois que les stimulations olfactives étaient transmises, à partir du bulbe olfactif, par le pédoncule olfactif, puis par la racine externe jusqu'à l'aire piriforme. De là, elles auraient gagné la corne d'Ammon. D'autres, par la racine interne, le carrefour olfactif et les stries médullaires, auraient atteint directement la corne d'Ammon. Cependant, l'observation de cornes d'Ammon bien développées chez des animaux anosmatiques, comme le dauphin et la baleine, firent douter du rôle de cette formation. De même, chez un mammifère macrosmatique comme le chat, l'absence de réponses électriques ammoniques aux stimulations olfactives, tandis qu'elles surviennent dans l'aire piriforme, semblait devoir faire écarter l'intervention de la corne d'Ammon.

On considère donc que le bulbe et le pédoncule olfactifs sont, avec l'aire piriforme, les seules structures à fonction olfactive

nettement prouvée. Pour certains, il faut admettre aussi des connexions cortico-corticales reliant l'aire piriforme à divers points du néo-cortex.

Les cellules sensorielles contenues dans la muqueuse pituitaire, au niveau de la tache jaune, envoient leurs prolongements cylindraxiles centripètes dans le bulbe olfactif. Au niveau de celui-ci, la représentation de la muqueuse nasale est diffuse. Une atteinte partielle et limitée du bulbe olfactif entraîne une raréfaction diffuse des cellules sensorielles. L'extrémité des cylindraxes de celles-ci s'articule avec les dendrites des cellules mitrales et des cellules en bouquet pour former les glomérules olfactifs. Chacun de ceux-ci se trouve en connexion avec de nombreuses cellules sensorielles. Certains auteurs admettent, dans le bulbe olfactif, une localisation fonctionnelle suivant les types d'influx venant de récepteurs différents. Les cylindraxes des cellules mitrales et des cellules en bouquet gagnent, par le pédoncule olfactif et sa racine externe, l'aire piriforme de l'hémisphère correspondant. Cette aire correspond, à peu près, à l'uncus, au limen insulæ, ainsi qu'à des régions voisines des lobes frontal et temporal. Ces aires sont revêtues par de l'allo-cortex, dont celui de l'uncus, aires HA et HB, est le plus caractéristique. Dans la première couche, se trouvent les axones des cellules mitrales, des cellules en bouquet, ainsi que des cellules de Martinotti. La deuxième couche est formée de cellules pyramidales constituant les îlots de Calleja, en amas irréguliers. La couche suivante est une lame étroite, sans cellules, puis vient une couche assez mince de cellules pyramidales. Enfin, dans la profondeur, le cortex se termine par une couche épaisse de petites cellules.

On décrit également une autre voie de transmission des sensations olfactives par le trajet suivant : faisceau olfactif basal, corps mamillaires, faisceau de Vicq d'Azyr, noyau antérieur du thalamus, radiations thalamiques gagnant les aires limbiques et rétro-calleuses de l'écorce.

D'autre part, les aires temporales TF et TG reçoivent aussi des fibres d'association venant de la zone piriforme. Ceci explique les phénomènes olfactifs des crises comitiales quand le foyer siège à proximité du pôle temporal (aire TG). Les crises uncinées ne correspondent donc pas toujours à la région de l'uncus, comme l'ont montré, en particulier, Penfield et Erickson.

Certaines fibres relient le bulbe olfactif au thalamus et au mésencéphale. Leur rôle n'est pas encore nettement précisé.

On sait l'importance attribuée maintenant à une zone compre-

nant des formations olfactives : la région temporo-hippocampo-périfalciforme. Ce territoire englobe la face inféro-interne du tiers antérieur du lobe temporal, le limen insulæ et la partie antérieure de l'insula, la partie postérieure de la face orbitaire du lobe frontal, le segment rostral de la région limbique, dans la zone subcalleuse. Le rhinencéphale, en plus du rôle olfactif qu'il possède, constitue un riche système d'intégration des instincts, de l'humeur et de l'expression des émotions. Ceci explique la fréquente association de troubles de diverses fonctions et d'hallucinations olfactives par lésion de cette région.

Gustation

Le sens du goût permet la perception et l'identification de substances dissoutes, au contact de la muqueuse linguale. Il distingue l'amer, le sucré, le salé, l'acide, dont les perceptions durent généralement assez longtemps, quelques minutes le plus souvent, même après suppression de l'excitation sensorielle. On sait que l'odorat joue un très grand rôle dans les phénomènes gustatifs, pouvant préciser certaines nuances des substances placées dans la cavité buccale.

L'appareil gustatif de réception comprend des papilles disséminées sur la muqueuse bucco-pharyngée, et surtout importantes au niveau de la langue où elles constituent deux formations essentielles : en avant et en arrière du V lingual. Dans ces papilles, se trouvent les formations sensorielles périphériques dont les cylindraxes empruntent ensuite le trajet du nerf glosso-pharyngien et du nerf intermédiaire de Wrisberg. Le premier qui recueille les impressions gustatives de la moitié correspondante du tiers postérieur de la langue, les transmet par le ganglion d'Andersch au bulbe, avec terminaison dans le noyau du faisceau solitaire. Le nerf intermédiaire de Wrisberg amène au même noyau bulbaire du faisceau solitaire, les impressions venant de la moitié latérale des deux tiers antérieurs de la langue. Les fibres gustatives sont d'abord mêlées à celles du nerf lingual, puis passent par la corde du tympan, avec relais au ganglion géniculé. Une petite partie des fibres sensorielles gagnerait le noyau de l'aile grise ; ces fibres forment la branche ascendante de la racine sensitive, tandis que celles qui se terminent dans le noyau du faisceau solitaire constituent la branche descendante.

A partir des noyaux bulbaires (noyau du faisceau solitaire, noyau de l'aile grise), les neurones gustatifs passent dans le ru-

ban de Reil latéral, s'entrecroisant dans la bandelette longitudinale postérieure pour aboutir au noyau ventro-latéral du thalamus. Un relais siège au niveau de la couche optique. De là, de nouvelles fibres gagneraient la zone corticale de projection qui comprendrait la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius dans la région de l'opercule pariétal, la partie moyenne de la circonvolution de l'hippocampe et l'extrémité du gyrus uncinatus. L'étendue du territoire de projection est assez mal connue, comme le rappelait récemment Gerhardt von Bonin, mais l'étude des tumeurs de la région a permis de la préciser.

Les travaux neurologiques ont montré l'existence de troubles hallucinatoires de la gustation dans diverses affections telles que le tabès, mais surtout dans les néoformations siégeant au niveau de la circonvolution de l'hippocampe et, particulièrement, de l'uncus.

Ce qui est bien connu aussi, c'est l'intrication physiologique et pathologique de l'olfaction et de la gustation expliquant leur étude conjointe.

Sémiologie des hallucinations olfactives et gustatives

L'association fréquente des sens du goût et de l'odorat, l'intrication de leurs impressions, l'étroite union des phénomènes psycho-sensoriels qui les concernent, ont amené, en général, à décrire parallèlement les hallucinations olfactives et gustatives.

Leur existence n'est d'ailleurs pas admise par tous. On pourrait, à ce propos, rappeler l'opinion de Pradines : « L'immense majorité des hommes ne se connaissent aucune forme d'images libres de saveurs, d'odeurs ou de contacts. On suppose, il est vrai, paradoxalement, que, rares et presque inobservables dans la vie normale, ces images deviendraient courantes dans certaines hallucinations (Peillande, Les images, Rivière, 1910, 88-90). J'ai essayé de montrer ailleurs (Problèmes de la sensation, 198 et suiv.) la fragilité d'une telle supposition et que ces soi-disant hallucinations du goût ou de l'odorat se ramènent à des délires d'interprétation ou à des suggestions provoquées par certains réflexes ordinairement liés au goût ou à l'odorat et que des sensations d'une autre nature peuvent éventuellement provoquer : en créant par des descriptions les réflexes de la nausée, on pourra provoquer par suggestion la sensation illusoire de l'amertume, dont la nausée est une composante ordinaire. »

Les auteurs classiques, qui admettent la distinction entre hal-

lucination, illusion et interprétation, montrent la grande difficulté, en face de phénomènes psycho-sensoriels olfactifs ou gustatifs, à séparer nettement les trois types de symptômes. Pour ceux qui croient, comme H. Ey, à l'intrication des phénomènes psycho-sensoriels, cette distinction est impossible et inutile.

La fréquence respective des hallucinations du goût et de l'odorat, par rapport aux autres hallucinations, est diversement estimée selon les auteurs. Par exemple, Régis déclare : « les hallucinations de l'odorat et du goût sont, de toutes, les plus rares », tandis que Marcé écrivait : « les hallucinations de l'odorat et du goût, communes au début de la folie, coexistent fréquemment avec un état saburral des voies digestives ». Dans l'ensemble, cependant, les auteurs sont de l'avis de Régis et insistent sur la rareté, au moins relative, de telles manifestations psychiques.

Il sera possible de décrire successivement : hallucinations et hallucinoses olfactives, hallucinations et hallucinoses gustatives, puis d'étudier leurs modalités d'association soit entre elles, soit avec d'autres hallucinations ou d'autres troubles.

Hallucinations olfactives

Elles sont beaucoup moins nettement définies que les hallucinations auditives ou visuelles.

On sait que les impressions olfactives sont habituellement localisées au niveau de la muqueuse nasale. C'est par suite d'une interprétation secondaire que le malade attribue à une origine extérieure, le plus souvent nocive, le phénomène sensoriel éprouvé. Cela montre la prudence avec laquelle il faut chercher à préciser la nature exacte du trouble avant de conclure à la réalité de ces hallucinations. En effet, des causes diverses de parosmies peuvent induire en erreur. Il est parfois difficile de faire la distinction entre une perturbation périphérique de la sensibilité et un phénomène psycho-sensoriel authentique.

Il est classique de diviser d'après leur caractère les hallucinations olfactives en :

1) *désagréables,* évoquant presque toujours une substance organique (matières putréfiées, égouts, cheveux ou cornes brûlés, sueurs fétides), ou un corps chimique à odeur repoussante ou pénible (anhydride sulfureux, hydrogène sulfuré, gaz asphyxiants) ;

2) *indifférentes :* médicinales, empyreumatiques : iode, chloroforme, éther ;

3) *agréables :* parfums, encens. Nous y reviendrons plus loin.

Très souvent, comme l'ont bien montré Alliez et Noséda, le malade ne peut définir nettement la caractéristique de l'odeur éprouvée. Il la qualifie seulement d'étrange, d'anormale. C'est un fait que nous avons retrouvé dans plusieurs cas de psychose hallucinatoire chronique, où les phénomènes psycho-sensoriels olfactifs étaient les éléments les moins précis du syndrome et surtout donnaient le plus aux malades l'impression d'une étrangeté menaçante.

Plusieurs auteurs ont cherché à établir la fréquence relative des trois types d'hallucinations olfactives. Dans l'ensemble, dominent les hallucinations désagréables qui constituent la majorité absolue. Sur 40 cas de Bromberg et Schilder, les proportions des trois groupes étaient : 36, 3 et 1 ; pour une série de malades étudiés par Alliez et Noséda, ils étaient : 49, 19, 28. Pour Paillas et ses collaborateurs : 31 désagréables, aucune indifférente, une agréable. Ils signalent, d'autre part, une possibilité intéressante : c'est l'apparition chez un même sujet de sensations désagréables avec d'autres indifférentes (2 cas) ou agréables (11 cas). Les modalités sont alors diverses : par exemple, odeurs nauséabondes au moment de la phase d'agitation, odeurs suaves en période de calme, ce que nous avons pu observer le plus souvent.

Comme l'indique Balduzzi, la qualification esthétique de l'hallucination olfactive semble avoir la signification d'un automatisme oniroïde, du type de la déduction délirante : diable = odeur de soufre. Il préfère cette explication à la symbolisation admise par Ceillier dans les syndromes d'influence ; par exemple : parfums pour l'érotomane, encens pour le mystique.

Alliez a consacré à la question des hallucinations agréables une communication au congrès des aliénistes en 1946. Elles lui apparaissent exceptionnelles.

Dans une série de 95 cas, étudiés avec Noséda, sur plusieurs milliers d'observations, aucune hallucination agréable n'était présente. L'auteur rappelle que Bromberg et Schilder, sur 40 cas d'hallucinations olfactives provenant du Bellevue psychiatric hospital de New-York, n'en virent aucune. Cependant, Alliez signale qu' « une étude plus soigneuse des malades rencontrés au hasard de la clinique nous a, au contraire, permis de préciser les caractères à quelques reprises ».

Les odeurs agréables, perçues alors, sont peu variées. L'encens a été senti plusieurs fois, en dehors de tout délire mystique ; ensuite s'observent des parfums, puis des odeurs assez indifférentes et cependant légèrement agréables. Toutes sont au second plan, mêlées à un riche tableau clinique. Ce qui doit être souligné, c'est leur évolution.

Elles sont rares au début de la maladie : un seul cas vu par Alliez. Le malade percevait une odeur agréable d'encens, transitoire, remplacée plus tard par des odeurs pénibles de gaz, de pharmacie, avec installation d'un syndrome paranoïde à évolution grave. Fait très important : bien que perçue comme bonne, l'odeur d'encens incommodait le malade.

Les hallucinations olfactives agréables peuvent apparaître au cours même de la maladie, participant à l'activité délirante. L'auteur rapporte le cas d'une psychose hallucinatoire chronique avec odeurs repoussantes, d'une part, mais aussi, d'autre part, odeurs d'encens et de parfums, perçues comme suaves, mais d'action pernicieuse, engourdissant la malade et la livrant sans défense à ses persécuteurs.

Chez une autre malade, l'hallucination n'était pas intégrée nettement au délire et paraissait épisodique. Des anges dégageaient une odeur de rose ou d'eau de Cologne. Cette perception n'entraînait aucune interprétation, aucun commentaire.

Un cas particulièrement intéressant est celui d'une persécutée, au délire richement hallucinatoire, avec perception d'odeurs fortes, délétères. L'amélioration de l'état psychique s'accompagna d'une disparition du caractère pénible des hallucinations.

Il semble donc, à Alliez, que parfois l'activité délirante commande le tableau clinique. Le malade interprète toutes ses sensations, désagréables ou non, en fonction du malaise éprouvé. Au contraire, dans d'autres cas, il y a corrélation entre l'amélioration de l'état psychique et le caractère affectif du trouble psychosensoriel. Ceci permettrait de reconnaître une valeur pronostique aux hallucinations olfactives agréables.

Comme l'indique l'auteur, ces hallucinations montrent bien le rôle de l'élément instinctivo-affectif. Une thèse purement mécaniste pourrait rendre compte plus volontiers de phénomènes initialement neutres. Or, ces phénomènes ne s'observent pratiquement pas. Dans les cas d'hallucinations habituellement rencontrés, le sentiment d'hostilité crée-t-il ou accompagne-t-il seulement les états hallucinatoires à teinte désagréable ou répugnante ? Dans les formes à évolution favorable, où les troubles

de la personnalité tendent à s'atténuer, les manifestations psycho-sensorielles ne traduisent plus des états de méfiance ou d'inquiétude, mais coïncident, au contraire, avec des tendances inverses.

Il est souvent difficile, d'ailleurs, quand l'évolution est favorable, de préciser le moment où les hallucinations olfactives disparaissent. Le malade peut conserver une attitude hallucinatoire, alors que le phénomène psycho-sensoriel n'existe plus. C'est avec une grande prudence qu'il faut l'interroger pour éviter de le suggestionner. Comme le disait Tanzi, « dans le domaine du goût et de l'odorat, il est parfois difficile de distinguer l'hallucination vraie des sensations anormales qui ont une origine périphérique et qui dérivent de conditions atypiques de la muqueuse correspondante. Qu'il s'agisse d'hallucinations, on peut l'affirmer résolument toutes les fois qu'un examen minutieux a éliminé tout soupçon de cause périphérique ou quand les sensations anormales sont stéréotypées ou très intenses, mais surtout toutes les fois que se vérifient des hallucinations dans d'autres sphères sensorielles et des délires coordonnés avec les hallucinations ».

Les modifications apportées au tableau clinique de nombreuses psychoses par certains traitements modernes, en particulier par la sismothérapie, l'apparition surajoutée de troubles mnésiques, le remaniement profond de la symptomatologie et, au tout premier plan, de l'état de la conscience, des perceptions, des phénomènes psycho-sensoriels, rendent très délicat, plus délicat même qu'autrefois, l'établissement sûr de la date de disparition des hallucinations olfactives. On peut croire parfois à une sédation, alors qu'il ne s'agit que d'une amnésie passagère, ou de phénomènes confusionnels. Dans d'autres cas, on peut penser à une persistance du trouble, alors qu'il ne s'agit que de paresthésies localisées à la région nasale et qui peuvent être liées à la thérapeutique.

Tout ceci ne peut qu'augmenter la valeur pronostique de la transformation d'une hallucination pénible en hallucination agréable.

Modalités

selon la provenance des hallucinations olfactives

Suivant les cas, les hallucinations que perçoit le malade lui paraissent provenir du monde extérieur ou émaner de son propre corps. Les premières sont dites égocentriques par Lévy-Va-

lensi ; ce sont les plus fréquentes. Ordinairement de caractère pénible, désagréable, interprétées comme une agression, une persécution d'origine externe ; plus rarement de nuance agréable, comme chez le jardinier observé par Ball à l'Hôtel-Dieu qui, atteint de troubles psychiques à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, croyait se promener dans des bosquets de jasmin et de chèvrefeuille, « dont il aspirait bruyamment la senteur parfumée » ; parfois, indifférentes ou ineffables.

La seconde variété est constituée par les hallucinations olfactives exocentriques, où le malade sent des odeurs pénibles qu'il croit se dégager de lui-même. Il pense ainsi empoisonner le voisinage, sa maison, sa ville..., le monde entier. Le sujet craint alors de devenir un objet de dégoût, d'écœurement pour tous ceux qui l'entourent ou l'approchent. Certains cas sont classiques : tel celui de Blandford qui ne voulait s'asseoir que sur une chaise de paille, car il aurait infecté des meubles recouverts d'étoffe ; telle la jeune malade de Ball qui cherchait à neutraliser par un flacon de sels l'odeur pénible qu'elle croyait exhaler. La modalité exocentrique est évidemment particulièrement observée dans les délires mélancoliques et chez certains hypocondriaques.

Nous verrons plus loin quelles sont les causes essentielles des hallucinations olfactives. Auparavant, seront envisagées les hallucinoses olfactives.

Hallucinoses olfactives

Si l'on prend le terme hallucinose dans le sens indiqué par H. Claude et H. Ey, c'est-à-dire en la considérant comme un phénomène psycho-sensoriel dont le caractère morbide est reconnu par le malade, on peut retrouver l'existence d'un tel signe dans le domaine de l'odorat.

Ordinairement, les hallucinoses olfactives ne surviennent pas à l'état isolé ; elles sont habituellement accompagnées de diverses modifications de la conscience. C'est le cas, en particulier, de l'aura épileptique olfactive que nous décrirons plus loin.

Dans ces hallucinoses olfactives, le sujet éprouve brusquement une perception olfactive anormale, mais celle-ci ne s'accompagne d'aucun retentissement affectif profond, n'entraîne aucune interprétation, ne s'associe à aucun thème délirant. Ordinairement, la distinction est nette entre hallucination vraie et hallucinose ; cependant, certains auteurs, comme G. de Morsier, ont montré qu'il existe tous les stades intermédiaires possibles entre

les hallucinoses parfaitement critiquées par le malade et les hallucinations délirantes. Pour lui, pour l'école de Marseille également, des phénomènes psycho-sensoriels olfactifs temporaux, qui sont considérés comme rectifiés et corrigés par le sujet, peuvent entraîner un syndrome d'action extérieure, de persécution, à évolution progressive, avec conviction délirante complète.

Les crises hallucinosiques, ordinairement paroxystiques, peuvent apparaître dans plusieurs circonstances :

tantôt, elles sont absolument isolées, survenant brusquement, à intervalles variables, plus ou moins éloignés, soit plusieurs fois par jour, soit une ou deux fois par mois. Leur durée est le plus souvent brève, de quelques secondes à quelques minutes. Pouvant présenter toutes les modalités possibles d'odeur, ce sont presque toujours des odeurs repoussantes ou pénibles : de pourriture, de matières organiques altérées, fécaloïdes, de pétrole, etc... Parfois, ce peut être une odeur de caractère ineffable. Une malade de Cushing disait à propos de ces hallucinoses olfactives : « c'est quelque chose d'un autre monde que je ne veux pas décrire ». Fait particulièrement important et qui possède une grande valeur pour le diagnostic, c'est presque toujours la même odeur qui survient à chaque crise. Parfois, l'intensité de la sensation olfactive est telle qu'elle peut entraîner des réactions de défense, des mouvements de dégoût des narines et des lèvres. Même dans ces cas, la nature anormale des hallucinoses est parfaitement perçue par le malade. Elles apparaissent seules, en effet, sans aucun signe d'accompagnement, et sont immédiatement ou rapidement critiquées par le sujet qui en reconnaît le caractère pathologique.

Tantôt, elles précèdent immédiatement une crise comitiale, à laquelle elles servent d'aura. Il peut s'agir d'une crise complète, d'une crise partielle, d'une crise uncinée, que nous retrouverons en détail avec les formes d'associations hallucinatoires.

Tantôt, la crise olfactive pure est immédiatement précédée ou accompagnée de certains phénomènes psychiques de caractère paroxystique et transitoire, dont les modalités sont diverses. On peut observer des états de rêve constituant le classique « dreamy state », de l'ecmnésie, le phénomène du déjà vu, la sensation de jamais vu, celle d'imposition d'un souvenir, d'une image, d'une idée (forced thinking). Comme de semblables manifestations sont plus rares dans les hallucinoses olfactives pures que dans les hallucinoses olfacto-gustatives, nous les décrirons plus loin. Ces troubles, comme nous le verrons, présentent une importante

valeur localisatrice, en faveur d'une lésion temporale, s'ils sont nettement limités et d'allure paroxystique, précédant immédiatement la perte de connaissance ou, si celle-ci ne survient pas, se montrant isolés.

Hallucinations gustatives

Survenant rarement isolées, elles sont ordinairement associées à des hallucinations olfactives ou à d'autres troubles psycho-sensoriels.

Les caractères de la sensation gustative anormale sont variables suivant les cas. Le plus souvent, la saveur perçue est désagréable ou pénible : amertume, goût de pourriture, d'excréments, de moisi. Mais, comme l'ont noté, en particulier, Alliez et Noséda, dans leur importante étude, c'est souvent la notion d'empoisonnement et les déductions délirantes correspondantes qui amènent le malade à identifier la saveur anormale. Ainsi, il parle ordinairement de poison, sans préciser davantage. C'est rarement que l'halluciné dit percevoir de l'acétate de plomb, du carbure, du cuivre, de l'acide sulfurique, du haschich, de l'opium, etc... Ce qui témoigne d'ailleurs du caractère subjectif du phénomène, c'est que le sujet peut déclarer ressentir la valeur d'un corps absolument insipide, rappelant ainsi le cas de Flaubert, disant avoir le goût d'arsenic dans la bouche, tandis qu'il rédigeait « Madame Bovary ».

Parfois, la saveur perçue est indifférente. Plus rarement, elle est agréable, évoquant les mets les plus exquis. Il peut même arriver que le malade déclare délicieusement bonnes, les substances les plus répugnantes ou, du moins, les plus indifférentes, tel le malade cité par Christian qui léchait avec une vive satisfaction les murs du préau, auxquels il trouvait la saveur d'oranges du Japon.

Plus peut-être que dans tout autre domaine de la sensibilité, la distinction est particulièrement difficile pour les auteurs classiques, entre hallucination olfactive, illusion et interprétation. On sait que les psychiatres du XIX[e] siècle insistaient sur la fréquence de troubles gastro-intestinaux chez les malades présentant des phénomènes psycho-sensoriels du goût, observant parfois la disparition parallèle des deux séries de symptômes physiques et psychiques. Ils admettaient alors l'existence d'illusions transitoires. Quant à l'interprétation, elle joue un rôle essentiel dans l'apparition des hallucinations. Il est, semble-t-il,

nécessaire de conclure à l'intrication étroite des différents troubles perceptifs.

En ce qui concerne la qualité esthétique et affective des hallucinations gustatives, il ne semble pas qu'on ait voulu leur accorder une signification évolutive et pronostique, comme l'a fait Alliez pour les hallucinations olfactives agréables. Il semble plus rare de noter une transformation de sensations pénibles en saveurs exquises ou neutres, en même temps que l'affection causale s'améliore.

Modalités

selon la provenance des hallucinations

Il est classique de distinguer :

a) les hallucinations gustatives auxquelles le malade attribue une origine extérieure, liée le plus souvent à une action malveillante, s'observant surtout dans les délires chroniques de persécution, s'accompagnant d'idées d'empoisonnement ;

b) les hallucinations venant du propre corps du sujet. Celui-ci pense que ses organes sont pourris, viciés, qu'il a des lésions de l'appareil digestif, une tumeur de l'estomac, et que, en conséquence, sa bouche a un goût désagréable ou pénible. Ceci se voit essentiellement chez les mélancoliques et chez les délirants hypocondriaques.

Hallucinoses gustatives

La qualité des saveurs perçues est aussi variée que pour les hallucinations : désagréables, indifférentes ou agréables. Elles sont parfois plus nettement qualifiées, le malade les identifiant exactement. Ce qui les distingue surtout des hallucinations vraies, c'est le fait que le sujet n'en est pas dupe, qu'il en reconnaît la nature pathologique. Le phénomène psycho-sensoriel est immédiatement ou très rapidement rectifié. Le malade a conscience de son origine morbide et ne cherche pas à lui attribuer une cause extérieure. Ces hallucinoses se voient particulièrement dans des syndromes neurologiques par atteinte localisée de l'encéphale. Comme nous le verrons plus loin, elles s'associent souvent à d'autres troubles pour constituer des tableaux cliniques complexes très évocateurs. Leur valeur est grande pour le diagnostic topographique des lésions causales.

Associations hallucinatoires

Hallucinoses et hallucinations olfactives et gustatives surviennent rarement à l'état isolé. Dans de nombreux cas, il y a association soit à d'autres phénomènes psycho-sensoriels, soit à divers symptômes neurologiques ou psychiques plus ou moins caractéristiques.

A) *Association des hallucinations olfactives et gustatives.* — Dans leur étude statistique, Alliez et Noséda, sur 95 cas d'hallucinations olfactives, voyaient 9 fois celles-ci isolées, 31 fois associées à des hallucinations gustatives, 55 fois unies à d'autres hallucinations, ainsi qu'il sera indiqué plus loin.

Assez rares sont les indications des différents auteurs sur les données numériques concernant les associations hallucinatoires, mais presque tous signalent la fréquence des phénomènes psycho-sensoriels olfacto-gustatifs, contrastant avec la rareté relative des hallucinations isolées.

A un autre point de vue, en cas d'idées délirantes, la conviction du malade est ordinairement renforcée par la simultanéité des troubles du goût et de l'odorat. Le même objet présentera, par exemple, une odeur et une saveur répugnantes. Un aliment, que l'olfaction trouvera nauséeux, sera reconnu écœurant dès son introduction dans la cavité buccale. Il y a alors synergie. C'est beaucoup plus rarement qu'un contraste simultané s'établira entre des odeurs et des saveurs de teintes opposées et s'accompagnant d'idées délirantes d'antagonisme.

B) *Association avec d'autres hallucinations.* — Sur les 95 cas de la série d'Alliez et Noséda, se voyaient 36 d'association olfactivo-visuelle et 19 d'association olfactivo-cénesthésique.

Chez les malades que la clinique journalière permet d'observer, il est fréquent de noter la coexistence des hallucinations du goût et de l'odorat avec celles d'autres sens, réalisant des syndromes hallucinatoires pluri-sensoriels, souvent à évolution aiguë ou subaiguë.

C) *Associations des hallucinations olfactives et gustatives avec d'autres troubles.* — Une des plus intéressantes par sa richesse symptomatique et des plus importantes par sa valeur localisatrice est constituée par la crise uncinée.

C'est en 1876 qu'Hughlings Jackson avait décrit une variété spéciale d'épilepsie précédée d'auras de type sensoriel avec hallucinations olfactives et gustatives et modifications psychiques transitoires. S'appuyant sur les connaissances sur la physiologie

des centres de l'odorat et du goût, il attribua ces phénomènes à une atteinte lésionnelle du lobe temporo-sphénoïdal, prédominant au niveau du gyrus uncinatus, d'où le nom de « uncinatus fit », donné par lui à ces manifestations complexes.

De nombreux travaux cliniques, anatomiques, expérimentaux, neuro-chirurgicaux ont pu confirmer, depuis lors, la justesse des observations de Jackson. Ce sont tout particulièrement ceux de Kennedy, Cushing, Horrax, H. Baruk, Kinnier Wilson. Ces auteurs ont bien montré que le groupement clinique réalisé par des hallucinations diverses et des troubles psychiques caractéristiques avait une grande valeur diagnostique en faveur de tumeurs du lobe temporal, tumeurs atteignant essentiellement le crochet de l'hippocampe.

Ce qui spécifie la crise du gyrus uncinatus, l'uncinate fit, c'est l'existence constante d'une aura. Celle-ci comprend des éléments hallucinatoires : visuels, gustatifs et olfactifs. La crise peut alors se dérouler, avec parfois apparition de paralysie passagère ou perturbations transitoires de la conscience et de l'état mental, formant un véritable état de rêve : le « dreamy state » de Jackson. Brusquement, le malade peut éprouver une impression de terreur extrême, la peur d'une menace inconnue, impossible à identifier ; investi par une telle crainte de malheur, il peut réagir par une expression de révolte, de colère, d'hostilité ; d'autres fois, au contraire, il demeure immobile, figé ; dans presque tous les cas, ses traits reflètent l'horreur, la surprise affolée. Des grimaces de dégoût, d'écœurement son possibles, dont le malade explique l'origine comme celui de Kennedy qui s'écriait : « Ah ! l'odeur ! », en faisant des mouvements de répulsion du nez et des lèvres. Beaucoup plus rarement, les phénomènes objectifs sont très réduits ; on voit, seulement, un arrêt dans le cours d'une conversation, une éclipse, avec immobilité de très courte durée.

Comme on le sait depuis longtemps et, en particulier, depuis Kennedy, le dreamy state est rarement accompagné d'une perte simultanée de la conscience. Le malade demeure éveillé, il se rend généralement assez bien compte de ce qui se passe autour de lui, mais il présente une altération de la conscience. De nombreuses descriptions ont été données de ces troubles, d'autant plus riches et plus variées que le sujet sait mieux s'analyser et rapporter ce qu'il éprouve. Kinnier Wilson, qui s'est particulièrement attaché à l'étude de ces phénomènes, a distingué quatre types de dreamy state.

1) Sentiment de déjà vu. — C'est brusquement que le malade ressent l'impression de retrouver une scène déjà vue, de revoir un tableau déjà vu ; les détails les plus infimes semblent se retrouver. Cette vision est souvent très pénible, accablante ; rapidement s'y ajoutent des hallucinations olfactives ou gustatives : une odeur nauséabonde, une saveur répugnante ; puis la perte de connaissance annonce le début d'une crise convulsive ;

2) Impression de jamais vu, de non réalité, d'étrangeté. — Tout apparaît changé aux yeux du malade, l'entourage prend un aspect bizarre, les choses ne paraissent plus familières, la pièce où se trouve le sujet lui semble modifiée, irréelle. Il croit rêver ; la physionomie des personnes présentes prend une allure bouffonne, caricaturale, ou menaçante. Cette métamorphose du milieu extérieur s'accompagne d'une impression pénible de danger imminent ; elle s'associe à des hallucinations olfactives et gustatives, odeurs de pourriture, saveurs fades ou nauséeuses, qui déterminent des mouvements des lèvres et du nez ;

3) Mémoire panoramique. — Dans une des observations de Wilson, la malade percevait subitement une odeur d'éther, pendant quelques secondes. En même temps, elle se croyait reportée au temps de son enfance, se remémorait des détails infimes, voyait se dérouler sous ses yeux des scènes passées, comme les épisodes successifs d'un rêve. Une autre malade se souvenait également de petits événements de son plus jeune âge ;

4) Type abortif ou incomplet. — Les impressions de réminiscences, les phénomènes de « déjà vu » peuvent correspondre à des souvenirs réels de la vie éveillée ou à des rêves vécus, ou bien être une illusion de la mémoire. Les paramnésies constituent, en effet, l'essentiel des formes incomplètes de dreamy state. Elles montrent bien le rôle hypermnésique des odeurs, permettant d'évoquer l'exemple fameux de Marcel Proust. Dans le type abortif, le malade a, ordinairement, une sensation soudaine d'étrangeté, de bizarrerie, qui le surprend et disparaît presque aussitôt.

Les diverses variétés de dreamy state avec leurs troubles de la conscience, leurs hallucinations gustatives, olfactives et visuelles, peuvent s'accompagner également de perception auditives, en général menaçantes, le tout déterminant une impression d'angoisse.

La crise épileptique imminente, dont l'aura annonce l'éclatement, provoque l'épanouissement de phantasmes variés, libère l'imagination, excite les facultés mnésiques, entraînant une perturbation de la conscience.

Habituellement, le dreamy state et les phénomènes concomitants sont suivis d'une crise d'épilepsie motrice. Si les crises se répètent, les auras sont, d'ordinaire, identiques, avec mêmes hallucinations, reconnues par le malade, qui peut alors croire à la réalité des perceptions. Aussi, suivant les cas, les phénomènes psycho-sensoriels revêtent les caractères d'une hallucinose ou d'une hallucination vraie. Cependant, la dernière forme est plus rare. Le plus souvent, la nature pathologique est reconnue plus ou moins rapidement.

Parfois, au lieu de précéder une crise comitiale motrice, le dreamy state constitue à lui seul tout l'accès épileptique. La répétition des épisodes hallucinatoires se fait à une fréquence variable, mais, en général, suivant le même type chez le même malade.

Ces phénomènes si évocateurs correspondent à l'atteinte de la zone olfactive du cortex, c'est-à-dire essentiellement à la région voisine du crochet de l'hippocampe. Nous retrouverons les causes essentielles de ces troubles au chapitre de l'étiologie et verrons quelle est leur valeur pour le diagnostic topographique.

Réactions du malade aux hallucinations olfactives et gustatives

Très souvent, le malade réagit à ses hallucinations olfactives et gustatives comme le ferait un sujet normal qui éprouverait des sensations correspondantes. Suivant la qualité esthétique du phénomène psycho-sensoriel, il peut s'agir d'une expression de satisfaction, de plaisir, ou, plus souvent, d'une mimique de dégoût, avec reniflement, éternuement, toux, sputation, nausées, vomissements, refus d'aliments. Parfois, le sujet cherche à se protéger le nez par un mouchoir, un tampon d'ouate imprégné d'un antiseptique, ou d'un parfum ; on connaît des exemples classiques de délirants chroniques qui portent toujours un flacon d'eau de Cologne pour neutraliser une odeur repoussante. Les hallucinations olfactives nauséabondes des mélancoliques, des hypocondriaques entraînent parfois la claustration du malade, son refus de tout contact social, par crainte d'infecter ou d'empester son entourage ou ses interlocuteurs. En cas de thème de persécution, des réactions de défense sont possibles : changements de domicile, plaintes aux autorités, voies de fait, calfeutrages des portes et fenêtres. Les anciens auteurs s'étaient attachés à la description des caractéristiques de la mimique des hallucinés de l'odorat et du goût, pour arriver au diagnostic, même en l'absence d'aveu, de phénomènes psycho-sensoriels. Si

de tels symptômes objectifs sont quelquefois utiles, il faut éviter de leur attribuer une valeur pathognomonique. Ils peuvent être dus à d'autres causes : locales, digestives, psychiques, non hallucinatoires. De plus, chez un malade qui a présenté des hallucinations olfactives et gustatives, la mimique de dégoût, par exemple, peut persister, alors que le trouble originel a disparu. Il s'agit alors d'une réaction stéréotypée, sans signification profonde.

Principales causes des hallucinations olfactives et gustatives

De nombreuses affections peuvent, à l'une ou l'autre de leurs périodes évolutives, s'accompagner d'hallucinations ou d'hallucinoses olfactives et gustatives. Dans un but de simplification et de clarté, on distingue généralement des causes générales et neurologiques d'une part, des causes psychiques d'autre part. Dans l'ensemble, et bien qu'il y ait de nombreuses exceptions, les causes du premier groupe déterminent surtout des hallucinoses, celles du second des hallucinations vraies. G. de Morsier et l'école marseillaise ont affirmé que tous les intermédiaires peuvent exister entre les hallucinoses, parfaitement critiquées par le malade, et les hallucinations délirantes. C'est ainsi que des hallucinations olfactives ou gustatives tumorales peuvent s'associer à un syndrome d'action extérieure, à un thème de persécution, d'allure progressive. Lhermitte, de son côté, indique qu'une tumeur temporale, accompagnée de crises de l'uncus, peut se développer sous l'aspect d'une psychose hallucinatoire chronique. Les « moments féconds des délires » viendraient peut-être de modifications physiologiques brusques au niveau de diverses régions cérébrales, parmi lesquelles le lobe temporal.

Certains auteurs ont, sur une série de malades, cherché la répartition statistique des différentes causes d'hallucinations ou d'hallucinoses olfactives et gustatives.

Ainsi, pour les troubles psycho-sensoriels de l'odorat, Bromberg et Schilder ont observé :

schizophrénie paranoïde	22	cas
alcoolisme chronique	9	—
épilepsie	2	—
démence sénile	1	—
syphilis cérébrale	1	—
dépression mélancolique	1	—
hébéphrénie	1	—
névrose	2	—
névrose obsessionnelle	1	—

Il faut remarquer que dans ce tableau ne sont pas distinguées les affections aiguës et chroniques et que, d'autre part, les hallucinoses et les hallucinations sont mélangées.

La statistique d'Alliez et Noséda, beaucoup plus précise, opposait maladies aiguës et chroniques. Elle permettait d'individualiser les causes suivantes d'hallucinations olfactives et gustatives :

1) *affections chroniques :*

psychose hallucinatoire chronique	55 cas
délire polymorphe dégénératif	7 —
démence précoce	5 —
démence sénile	4 —
alcoolisme	2 —

2) *affections aiguës :*

délire de persécution à évolution favorable ...	9 cas
état confusionnel	6 —
psychose maniaque dépressive	5 —
délire polymorphe dégénératif	2 —

Une publication de Balduzzi consacrée aux hallucinations olfactives donnait, en 1950, pour des observations personnelles, la répartition suivante d'après l'étiologie :

1) *affections chroniques :*

délire systématisé de type paranoïde	2 cas
— — chez un débile mental	1 —
— de type hébéphrénique	1 —

2) *affections aiguës :*

délire de type paranoïde	2 cas
— — — hébéphrénique	2 —
mélancolie	1 —

Les différences notées peuvent tenir à un échantillonnage et à une provenance variables des malades examinés, ainsi qu'à des conceptions nosologiques différentes, déplaçant plus ou moins les frontières entre les rubriques diverses de chaque série statistique.

Causes générales et neurologiques

Elles sont nombreuses ; leur connaissance a été favorisée par les progrès de la physiologie nerveuse, de la neuro-chirurgie, de l'électro-encéphalographie. Dans certaines de ces affections, l'existence des hallucinations olfactives et gustatives constitue un élément important du tableau clinique et possède parfois une valeur remarquable. Comme cela a déjà été dit, les troubles psycho-sensoriels observés sont ordinairement du type hallucinosique, le malade ayant conscience de la nature pathologique du phénomène. Cependant, dans certains cas, la rectification n'est pas immédiate ; le sujet peut être dupe temporairement et ne corriger qu'avec un retard plus ou moins long. D'autre part, il existe parfois de véritables hallucinations du goût et de l'odorat, en rapport avec une atteinte organique de l'encéphale. La distinction entre hallucinose et hallucination n'est pas admise, d'ailleurs, par de nombreux auteurs qui lui refusent toute réalité et surtout toute valeur diagnostique, et admettent, par contre, l'existence d'une gamme complète de perturbations psycho-sensorielles, allant des hallucinations intégrées à un syndrome délirant complexe jusqu'à des phénomènes isolés, sans retentissement psychique, sans altération de la personnalité. Quoi qu'il en soit, presque tout le monde reconnaît le caractère habituellement conscient des troubles observés pour les causes étudiées ici. Une des plus importantes est la présence d'une néoformation intracranienne.

I. *Tumeurs cérébrales.* — Si une lésion tumorale de n'importe quel lobe de l'encéphale peut déterminer, dans certaines circonstances, l'apparition d'hallucinations olfactives et gustatives, il faut savoir que celles-ci se voient avec une fréquence particulière en cas de tumeur temporale.

A) *Tumeurs du lobe temporal.* — Les troubles psycho-sensoriels du goût et de l'odorat constituent, comme l'avait montré Rowe, un des meilleurs signes de localisation en faveur d'une atteinte du gyrus uncinatus. Les hallucinations olfactives peuvent être isolées, durables, presque permanentes ou, plus souvent, isolées et paroxystiques, réalisant une variété d'aura sensorielle d'une crise épileptique, ou s'associer à d'autres symptômes pour former le dreamy state. Les différents auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence relative de ces diverses formes. Par exemple, Keschner, Render et Strauss les rencontrèrent 7 fois sur 9 en dehors du dreamy state, alors que Hécaen, Ajuriaguerra et

Sadoun admettent leur prédominance au cours de cet état de rêve. Habituellement, ce sont des odeurs désagréables, pénibles, parfois identifiées par le malade, mais souvent de caractère imprécis, ineffable. On connaît le cas d'une malade de Cushing qui disait : « c'était quelque chose d'un autre monde que je ne peux décrire ». Les odeurs, qui se reproduisent généralement à intervalles plus ou moins rapprochés, présentent alors des caractères identiques chez le même malade. Celui-ci, habituellement, n'est pas dupe des phénomènes dont il reconnaît les traits anormaux.

Les hallucinations gustatives, moins fréquentes, sont presque toujours associées aux précédentes et se développent en union avec le dreamy state. Beaucoup plus rarement, elles surviennent isolément, comme chez un malade de Cushing qui, brusquement, sentait un goût de pippermint.

Bornstein a décrit une variété spéciale formée par la survenue simultanée d'hallucinations gustatives, de mouvements de déglutition, d'hallucinations auditives et verbales. C'est la triade de Bornstein. Pour G. de Morsier, ce syndrome indiquerait avec certitude une lésion située à cheval sur la scissure de Sylvius, au niveau de l'opercule rolandique. Cette opinion n'est pas partagée par tous, d'autant plus que Foerster a pu reproduire le même tableau clinique, par électrisation de la partie inférieure de la frontale ascendante et de la région adjacente de la première circonvolution temporale.

Très souvent, les hallucinations gustatives et olfactives s'accompagnent de modifications paroxystiques de la conscience, constituant les crises uncinées, déjà décrites et de grande valeur localisatrice, permettant d'incriminer une lésion du crochet de l'hippocampe.

D'ailleurs, la valeur topographique des hallucinations du goût et de l'odorat est grande si la sémiologie est nettement précisée. Il faut que le malade ne présente pas de signes marqués d'hypertension intracranienne. D'autre part, il convient de séparer les hallucinations par atteinte des voies et des terminaisons sensorielles, de celles de type onirique.

La survenue de semblables hallucinations, de caractère paroxystique, doit faire soupçonner une lésion du lobe temporal. Il faut alors rechercher d'autres signes de localisation : hallucinations auditives, modifications paroxystiques de la conscience, troubles phémiques avec surtout aphasie amnésique de Pitres, hémianopsie latérale homonyme, surtout en quadrant, crises dyskinésiques. Des examens complémentaires sont indispensables

pour préciser le diagnostic : électro-encéphalographie, angiographie cérébrale, ventriculographie, repérage par les isotopes radioactifs.

Des causes d'erreur sont d'ailleurs possibles, car d'autres tumeurs de régions voisines peuvent donner les mêmes hallucinations.

B) *Tumeurs du lobe frontal.* — Elles peuvent donner des hallucinations olfactives et gustatives, mais souvent avec onirisme. Ce sont surtout des néoplasies intéressant la région postéro-interne du lobe qui peuvent intervenir.

C) *Tumeurs des lobes pariétal et occipital.* — Elles sont beaucoup plus rarement en cause.

D) *Autres tumeurs.* — Une des variétés les plus intéressantes est constituée par les *méningiomes de la petite aile du sphénoïde.* Après David et Askénazy, Guidetti en a repris l'étude. Cushing avait montré déjà l'existence, au cours de cette forme de méningiome, d'hallucinations gustatives, avec parfois dreamy state et association d'hallucinations olfactives. Les phénomènes psychosensoriels se voient surtout dans les variétés internes (affectant le tiers interne de la petite aile), qui exercent une compression plus forte sur les centres corticaux du goût et de l'odorat. Elles agiraient, en général, par stimulation des fibres de l'uncus et de la circonvolution temporale supérieure, plus rarement par l'intermédiaire de l'hypertension intracranienne. Ordinairement, l'ablation de la tumeur amène la disparition des troubles hallucinatoires, comme l'a encore observé Walther-Büel, dans un cas avec crise uncinée.

D'autres tumeurs voisines peuvent intervenir : méningiomes de la faux du cerveau, tumeur du corps calleux, du troisième ventricule, en somme néoplasies intéressant la région limitrophe de la portion antérieure de la circonvolution péricalleuse et de la circonvolution de l'hippocampe.

On voit donc que si les hallucinations olfactives et gustatives sont en faveur d'une atteinte du lobe temporal, elles ne permettent pas, à elles seules, un diagnostic topographique absolument précis. Elles ne sont qu'un des éléments du tableau. Une étude soigneuse de ce dernier est indispensable, ainsi que l'emploi de procédés d'examens complémentaires.

II. *Epilepsie.* — Le mal comitial dans certaines de ses formes est une des grandes causes d'hallucinations olfactives et gusta-

tives. D'ailleurs, les variétés responsables sont souvent liées à une étiologie tumorale. Les rapports entre l'épilepsie et les manifestations psycho-sensorielles du goût et de l'odorat sont connus depuis longtemps. Mais les travaux récents ont permis de préciser de nombreux points ; parmi eux, il faut citer tout spécialement un important mémoire de H. Gastaut et J. Roger, consacré aux troubles olfactifs, gustatifs et de l'appétit chez les épileptiques psycho-moteurs, et publié dans les *Annales médico-psychologiques*. De nombreuses discussions se sont, d'ailleurs, élevées à ce sujet, en particulier sur la limitation nosologique de l'épilepsie dite psycho-motrice et sur ses relations avec l'épilepsie temporale. Elles ont eu leur retentissement sur la description des syndromes hallucinatoires au cours de certaines formes du mal comitial.

C'est exceptionnellement que les hallucinations gustatives et olfactives se voient dans l'épilepsie à titre de symptôme continu, durable. Pratiquement, il s'agit de phénomène paroxystique, intermittent, de courte durée. Il peut s'agir d'une variété d'aura réalisant une variété sensorielle pure, annonçant une crise convulsive complète ou partielle. Le malade perçoit brusquement une odeur, ordinairement désagréable, une saveur pénible ; plus souvent, il y a association olfacto-gustative. Assez fréquemment vient s'y ajouter le classique état de rêve, l'ensemble constituant la crise uncinée. C'est en effet surtout dans l'épilepsie temporale que s'observent les troubles, par atteinte du crochet de l'hippocampe. Les diverses modalités de dreamy state décrites par K. Wilson peuvent s'observer. Les hallucinations olfactives et gustatives de l'aura se reproduisent à intervalles plus ou moins rapprochés. Ordinairement, les crises sont espacées. Parfois, au contraire, la répétition se fait à une cadence plus élevée, les phénomènes sont presque subintrants, aboutissant à la réalisation d'un véritable état de mal hallucinatoire.

Habituellement, l'aura précède immédiatement la crise comitiale. Exceptionnellement, comme le cas de R. Vizioli et G. Ricci, elle est plus éloignée de l'attaque épileptique. Ces auteurs ont observé, en effet, chez une malade de 20 ans, atteinte d'épilepsie temporale, que l'hallucination olfactive (odeur d'acide phénique) survenait pendant quelques instants, deux ou trois jours avant la crise.

On sait la valeur localisatrice reconnue aux hallucinations olfacto-gustatives associées au dreamy state. En général, elles permettent d'incriminer une lésion de l'uncus, souvent tumorale,

plus rarement cicatricielle ou consécutive à de petits foyers de ramollissement.

Dans certains cas, la crise uncinée et le dreamy state, au lieu de précéder une attaque comitiale, surviennent à l'état isolé. La valeur en serait alors accrue pour le diagnostic topographique. Parfois, ce n'est pas une crise motrice complète ou partielle qui succède aux troubles psycho-sensoriels, mais une crise psychomotrice majeure ou mineure, ou des perturbations de langage (par exemple, aphasie amnésique de Pitres), ou même de simples manifestations végétatives ou cochléo-vestibulaires.

Ordinairement, les phénomènes olfacto-gustatifs présentent d'abord le caractère hallucinatoire ; plus tard, ils peuvent, pour Paillas, revêtir l'allure hallucinosique avec conscience de la nature pathologique.

L'électro-encéphalographie permet de retrouver des signes en faveur de l'épilepsie temporale et, parfois, d'évoquer son origine tumorale. On a cherché à étudier les modifications du tracé pendant le déroulement des phénomènes psycho-sensoriels. H. Gastaut et J. Roger, chez un malade atteint d'épilepsie psycho-motrice, avec crises complexes, notèrent dans les phases intercalaires les signes d'un foyer de pointes-ondes temporal antérieur, à décharges continues. Injectant quelques centimètres cubes de cardiazol, ils purent obtenir des crises gustatives pendant lesquelles l'émission de pointes-ondes était inhibée en même temps que l'activité électrique fondamentale était complètement désynchronisée. Comme aucun symptôme objectif ne traduisait le début et la fin des hallucinations gustatives, le malade devait avertir du commencement et de la fin du trouble en levant et abaissant la main. Il fut alors facile d'observer la coïncidence exacte des modifications électro-encéphalographiques et des phénomènes psycho-sensoriels.

En général, au cours des auras épileptiques, ce sont des hallucinoses qui se voient, plutôt que des hallucinations. Le malade reconnaît la nature anormale du trouble. Celui-ci est d'ailleurs, habituellement, identique, d'une crise à l'autre, présentant les mêmes caractéristiques.

La survenue chez un épileptique de crises olfacto-gustatives, d'auras sensorielles avec troubles du goût et de l'odorat, doit faire rechercher l'existence d'un foyer temporal, en raison de la fréquence d'une atteinte de cette région. C'est le principal intérêt sémiologique de ces manifestations psycho-sensorielles. Elles permettent d'orienter le diagnostic topographique.

H. Gastaut et J. Roger décrivaient, en plus des troubles critiques, d'autres durables, beaucoup plus rares, sinon exceptionnels. Ils seraient de nature plutôt irritative que déficitaire, ne se verraient que chez des épileptiques psychomoteurs.

Au point de vue des modifications du goût, les auteurs marseillais rapportent l'observation d'un malade de 33 ans qui, à trois reprises et pendant plusieurs mois, perçut de façon continue un goût spécial, difficile à identifier, comparé soit à du poivre, soit à de l'anis. Dans deux cas, ont été notées des hallucinations olfactives durables : odeur intense, tenace. Chez un des malades, elle ne se voyait jamais en dehors de ces épisodes ; chez l'autre, il s'agissait d'une odeur fade, écœurante, évoquant celle de la sueur et identique à celle qui survenait, de façon transitoire, au début de chaque crise.

De semblables manifestations seraient les équivalents sensoriels des « symptômes continus », viscéraux ou psychiques, décrits par Scott et Mosland (1953), chez les épileptiques psychomoteurs. Une nouvelle observation de H. Gastaut et J. Roger est très en faveur de ce rapprochement.

III. *Traumatismes du crâne.* — Ils sont assez rarement en cause, pouvant intervenir soit à une phase précoce en déterminant des lésions de l'aire olfactive ou gustative de l'encéphale, soit plus tardivement si apparaissent des cicatrices qui peuvent elles-mêmes entraîner une épilepsie traumatique. Alliez et Noséda rappellent un cas observé par Paillas de traumatisme du crâne avec lésion pariéto-temporale droite et méningite séreuse, traité par décompression et qui présentait des hallucinations olfactives et gustatives subites et de courte durée. Il y avait impression d'odeurs indéfinissables et perception d'une saveur amère. Le traitement chirurgical des désordres encéphaliques post-traumatiques amène généralement la disparition des phénomènes psycho-sensoriels qui ont, en principe, le caractère de l'hallucinose.

IV. *Ramollissement cérébral.* — La survenue de ramollissement de certains territoires vasculaires cérébraux peut, dans des cas d'ailleurs très rares, déclencher l'apparition d'hallucinations du goût ou de l'odorat.

Dans leur ouvrage, « Le cortex cérébral », J. de Ajuriaguerra et H. Hécaen rapportent une observation personnelle de ramollissement pariéto-temporal avec hémiplégie, hémianesthésie d'apparition progressive, crises épileptiques annoncées par une aura

olfactive : « odeur de sauvage ». Le sujet éprouvait brusquement l'impression de pénétrer dans une ménagerie. La pratique d'un volet explorateur permit de noter l'absence de tumeur. Le cerveau apparaissait, au contraire, d'aspect affaissé avec allure atrophique de tout le lobe pariétal et de la partie postérieure de la première circonvolution temporale. Des ponctions dans la substance cérébrale, au lieu de montrer une résistance comme on pouvait s'y attendre, permirent de constater, à l'inverse, une importante dilatation du ventricule latéral.

De tels cas sont très rarement signalés dans la littérature. G. de Morsier déclarait que l'on ne connaissait pas de lésions vasculaires produisant des hallucinations olfactives ou gustatives.

On ne signale pas d'observations incriminant une hémorragie cérébrale à l'origine de semblables phénomènes psycho-sensoriels.

V. *Intoxications diverses.* — Elles interviennent assez rarement, sinon exceptionnellement. C'est ainsi qu'on a pu signaler, à titre épisodique, l'apparition d'hallucinations olfactives ou gustatives, au cours des troubles psychiques de l'alcoolisme aigu, subaigu ou chronique. Les modalités sont différentes suivant les cas, mais il y a, ordinairement, association à d'autres phénomènes psycho-sensoriels ou réalisation d'un syndrome onirique. Une observation de Magnan concernait un éthylique qui croyait éprouver des odeurs de soufre, de vitriol ; les draps étaient empoisonnés, la couverture exhalait une odeur de pourriture. D'autre part, il trouvait une saveur aigre, un goût de gâté, de vitriol à tout ce qu'on lui donnait.

Récemment, Rondepierre a décrit un cas de psychose cortisonique avec hallucinations olfactives.

On peut rappeler la classique auto-observation d'Edouard Pichon qui, par intoxication salicylique thérapeutique, souffrit d'hallucinations olfactives et gustatives, « difficiles à reconnaître ». Enfin, dans l'intoxication expérimentale par l'acide lysergique, ces hallucinations sont possibles, bien que très rares.

VI. *Autres causes.* — D'assez nombreuses affections du système nerveux ou d'autres organes peuvent provoquer la survenue d'hallucinations olfactives et gustatives. Par exemple, l'encéphalite épidémique en ses diverses périodes évolutives, le Parkinson post-encéphalitique, d'autres formes d'encéphalites, la sclérose en plaques, les troubles de l'hydrodynamique cérébrale, la syphilis cérébrale, et la paralysie générale, certaines maladies infectieuses aiguës ou chroniques, depuis les fièvres éruptives banales

jusqu'à la maladie du sommeil. En somme, les affections médicales les plus variées peuvent être en cause, par des mécanismes différents suivant les cas : lésions anatomiques, troubles circulatoires, modifications humorales, intoxications internes. Le tableau clinique est souvent celui de l'onirisme ou du confuso-onirisme. C'est rarement que les troubles psycho-sensoriels du goût et de l'odorat surviennent isolément. Ils peuvent être conscients, du type hallucinosique, ou inconscients, purement hallucinatoires.

Causes psychiques

Il est possible d'observer les hallucinations olfactives et gustatives au cours de très nombreuses affections mentales, associées aux symptômes les plus variés. Elles sont rarement isolées, comme cela peut s'observer, par exemple, dans la mélancolie, pour les hallucinations olfactives, parfois prédominantes comme dans l'observation de Vié et Souriac, souvent en association avec des hallucinations cénesthésiques dans le délire d'influence, le plus souvent constituant un des éléments d'un syndrome multisensoriel comme dans la psychose hallucinatoire chronique.

Dans leur étude sur les hallucinoses et hallucinations olfactives, Paillas, Alliez et Tamalet ont cherché à définir certains caractères communs à toutes ces manifestations psycho-sensorielles par cause psychique. Ils ont insisté sur la tonalité affective désagréable, les sentiments d'étrangeté, de présence, de modifications cénesthésiques, la possibilité d'une composante confusionnelle, le caractère même de la croyance délirante. Ces considérations peuvent s'appliquer également aux hallucinations gustatives.

I. *Psychose hallucinatoire chronique.* — C'est une cause très importante. Dans la statistique d'Alliez et Noséda, elle intervenait 55 fois chez 95 malades. Pour notre part, sur une série de 1.202 cas féminins, observés depuis 1946 à l'hôpital psychiatrique de St-Venant, nous l'avons rencontrée 30 fois pour 48 malades présentant des troubles psycho-sensoriels du goût et de l'odorat.

Habituellement, de semblables phénomènes sont associés à un délire plus ou moins riche, à d'autres hallucinations, en particulier auditives et cénesthésiques.

Ordinairement, les saveurs et les odeurs perçues sont de caractère désagréable, pénible, beaucoup plus rarement agréable ou suave. Nous avons pu retrouver, chez nos malades, les types clas-

siques : odeurs de soufre, d'œufs pourris, fécaloïdes, de gaz asphyxiants, d'égouts, de corne brûlée ; parfois, l'odeur est seulement qualifiée de « mauvaise », « pénible », mais non identifiée. Une fois seulement, dans un ancien délire à thème mystique, a été observée une odeur de fleurs : œillets. De même, les saveurs ont été variées, mais en général nauséeuses ou à caractère persécutif : « poison », viande pourrie, amertume, goût de brûlé, acide. Jamais n'a été constatée de saveur exquise, même dans le cas signalé comme s'accompagnant de perception olfactive agréable. Il y avait alors saveur acide.

Chez les malades que nous avons pu examiner, il y avait toujours association olfacto-gustative. Chez toutes (sauf celle rappelée plus haut), le thème du délire était en harmonie avec la teinte affective et le caractère esthétique des hallucinations olfactives et gustatives. Celles-ci s'intégraient parfaitement aux grandes lignes du syndrome délirant, apportant de nouveaux éléments pour renforcer la conviction des malades, constituant aux yeux de celles-ci un des fondements des idées de persécution. Les réactions de défense, les moyens de protection déjà décrits sont habituels.

Assez souvent ont été observés des poussées hallucinatoires avec adjonction de signes nouveaux, enrichissement de l'ensemble délirant, constituant un « moment fécond ». Dans aucun cas n'a été notée la transformation d'une hallucination désagréable en une autre de nuance passable. Il s'agit d'ailleurs d'un phénomène très rarement signalé par les différents auteurs. Quant à la critique des troubles, à une phase avancée de la psychose et en cas d'amélioration, elle a été vue deux fois, rappelant l'observation récente de Picard, Navarrane et Le Bras, où des hallucinations olfactives se changèrent en hallucinoses. Les termes employés par nos deux malades étaient presque identiques, exprimant le doute, la disparition de la conviction délirante jusqu'alors invariablement absolue, annonçant une correction, au moins partielle, des troubles antérieurs.

II. *Délire d'influence.* — Ceillier avait déjà signalé dès 1924 l'association d'hallucinations olfactives aux autres symptômes du délire d'influence. Alliez et Pujol ont consacré à cette question une récente étude. Discutant la relation entre les divers éléments du syndrome, ils les rapprochent de certaines manifestations paroxystiques de l'épilepsie psychique et évoquent les symptômes d'atteinte temporale. La complexité du tableau clinique est parfois très grande et il n'est pas toujours possible d'incriminer une perturbation du lobe temporo-sphénoïdal.

Chez cinq de nos malades, nous avons retrouvé les hallucinations olfactives au cours d'un délire d'influence. Il s'agissait d'odeurs particulièrement pénibles, putrides, interprétées comme un signe d'agression, de persécution, d'influence. Les hallucinations cénesthésiques étaient riches et variées, les réactions de défense nettement marquées. L'évolution des phénomènes psycho-sensoriels suivit la marche générale de l'affection, avec atténuation, puis disparition progressive.

C'est pour de tels syndromes, comme d'ailleurs à un moindre degré pour la psychose hallucinatoire chronique, que l'on a pu invoquer certaines conceptions psychanalytiques, comme celle de Brill, sur les rapports entre libido et olfaction. A défaut même d'une explication psychanalytique, les composantes affectives du phénomène psycho-sensoriel sont évidentes.

III. *Schizophrénie.* — Les différentes formes de la schizophrénie peuvent, à une phase plus ou moins précoce de leur cours, s'accompagner d'hallucinations du goût ou de l'odorat. C'est surtout dans les variétés paranoïdes et à une phase assez proche du début que de tels troubles peuvent se voir. Ils sont contemporains de la période initiale de la dissociation psychique.

Nous avons pu les retrouver dans sept psychoses paranoïdes et une hébéphréno-catatonique.

Il fallait reconnaître le caractère ineffable du phénomène, la malade n'identifiant pas l'odeur ou la saveur perçue, se montrant surtout surprise, étonnée de leur apparition. Celle-ci s'intégrait dans une vision nouvelle du monde extérieur et du propre corps. A un stade plus avancé, les hallucinations olfactives ou gustatives tendaient à s'effacer et à disparaître. Elles s'atténuaient également, à l'inverse, si l'évolution se faisait vers la sédation ou la guérison clinique. Pendant le temps de leur présence, elles n'amenaient que de minimes réactions de défense, retentissant beaucoup moins sur la personnalité et sur le comportement que dans la psychose hallucinatoire chronique ou les délires d'influence.

IV. *Démence sénile.* — Nous ne vîmes que dans un cas, et de façon épisodique d'ailleurs, des phénomènes psycho-sensoriels du goût et de l'odorat ; ils semblaient liés à une origine confuso-onirique, peut-être toxi-infectieuse.

V. *Bouffées délirantes.* — Elles furent en cause deux fois, chez des oligophrènes, à titre d'élément d'un délire polymorphe, transitoire, rapidement effacé. De tels cas sont classiques, sans grand intérêt nosologique.

VI. *Mélancolie.* — Nous avons déjà décrit les caractères des hallucinations olfactives et gustatives des mélancoliques, le malade ayant l'impression d'exhaler une odeur épouvantable, pensant empoisonner son entourage, son milieu, le monde entier.

Il nous a été possible de retrouver de telles hallucinations dans deux cas de dépression mélancolique : l'une, périodique, à évolution rapide vers la guérison, par le traitement, la malade croyant que son corps répandait des effluves pénibles ; l'autre, dans un syndrome de Cotard avec crainte d'empoisonner toute la terre et d'amener la mort par asphyxie de nombreux êtres vivants.

Ainsi, sur 1.202 malades mentales, nous pouvions observer des hallucinations olfactives et gustatives dans 48 cas, dont 30 de psychose hallucinatoire chronique, 5 de délire d'influence, 8 de schizophrénie (dont 7 avec syndrome paranoïde et une hébéphréno-catatonie), une démence sénile, deux bouffées délirantes chez des oligophrènes, deux mélancolies.

VII. *Autres causes.* — Mais, les mêmes hallucinations peuvent se voir dans d'autres affections psychiques. Bromberg et Schilder les avaient signalées dans les névroses, dont la psychonévrose obsessionnelle, Wedensky comme signes précurseurs d'un accès dipsomaniaque, divers auteurs dans la forme sensorielle de la paralysie générale, dans les différentes modalités des états confuso-oniriques ou oniriques, où elles entrent alors plutôt dans les hallucinations par cause physique.

Multiples sont donc les formes cliniques des hallucinations olfactives et gustatives, avec distinction des hallucinoses et des hallucinations vraies, apparition à titre de symptôme isolé ou de simple élément d'un riche tableau clinique. Multiples sont également les causes possibles des phénomènes : générales, neurologiques, psychiques. Particulièrement importantes en raison de leur valeur diagnostique sont les hallucinoses évocatrices d'une lésion temporale. C'est leur étude qui a, en grande partie, renouvelé la connaissance des hallucinations du goût et de l'odorat.

BIBLIOGRAPHIE

Ajuriaguerra (J. de) et Hécaen (H.). — Le cortex cérébral. *Etude neuro-psycho-pathologique,* un volume, 414 p., Masson, Paris, 1949.

Alliez (J.). — Les hallucinations olfactives agréables. *Comptes rendus du congrès des médecins aliénistes,* Genève-Lausanne, 1946, Masson, Paris, p. 270-272.

— Epilepsie psychique et lobe temporal. *L'évolution psychiatrique*, n° 1, janvier-mars 1952, p. 21-40.

— Hallucinations olfactives et pathologie diencéphalique. *Marseille médical*, 89e année, n° 6, 1952, p. 311-319.

— et Noseda (M.). — Considérations statistiques et cliniques sur les hallucinations olfactives et gustatives. *Annales médico-psychologiques*, 103e année, t. 1, n° 2, février 1945, p. 134-141.

— et Pujol (R.). — Hallucinations olfactives et délire d'influence. *Annales médico-psychologiques*, 110e année, t. 2, n° 1, juin 1952, p. 156-161.

Balduzzi (E.). — Considérations sur les hallucinations olfactives. *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 11e année, fasc. 6, décembre 1950, p. 545-577.

Ball (B.). — *Leçons sur les maladies mentales*, 1 volume, 884 p., Asselin, Paris, 1880-1883.

Barbé (A.). — *Précis de psychiatrie*, 1 volume, 1.116 p., Doin, Paris, 1950.

Baruk (H.). — *Les troubles mentaux des tumeurs cérébrales*, 1 volume, 396 p., Doin, Paris, 1926.

— *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, 1 volume, 828 p., Masson, Paris, 1938.

— *Précis de psychiatrie*, 1 volume, 642 p., Masson, Paris, 1950.

Bash (K. W.). — *Lehrbuch der allgemeinen Psychopathologie*, 1 volume, 288 p., Georg Thieme, Stuttgart, 1955.

Blanchet (P.). — Les épilepsies dites temporales. *L'avenir médical*, 51e année, n° 9, novembre 1954, p. 165-169.

Bonin (G. von). — *Essai sur le cortex cérébral*. Traduction française, 1 volume, 156 p., Masson, Paris, 1955.

Boudin (G.), Barbizet (J.) et Lauras (A.). — Tumeur cérébrale à symptomatologie mentale révélée tardivement par un syndrome de Weber chez une malade anciennement traitée pour méningo-encéphalite ourlienne. *Semaine des hôpitaux*, 31e année, n° 1, 2 janvier 1955, p. 34-37.

Boudouresques (J.) et Gastaut (H.). — Le mécanisme réflexe de certaines épilepsies temporales. *Revue neurologique*, t. 90, 1954, 1er semestre, n° 2, p. 157-158.

Bourgeois (R.). — Séméiologie du goût. *Traité de médecine*, t. 15, Masson, Paris, 1949.

— Séméiologie de l'odorat. *Traité de médecine*, t. 15, Masson, Paris, 1949.

Bourguignon (A.). — L'olfaction. *Semaine des hôpitaux*, 30e année, n° 11, 10 février 1954, p. 648-649.

Bozzi (R.). — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude des tumeurs du lobe temporal. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1929, n° 37, p. 429.

Brill (A. A.). — Le sens de l'odorat dans les névroses et les psychoses. *Psychoanalytic Quarterly*, 1932, vol. 7, cité par Balduzzi.

Bromberg (W.) et Schilder (P.). — Imagination olfactive et hallucination olfactive. Etude expérimentale et clinique du sens de l'odorat chez des sujets normaux et psychotiques. *Archives of Neurology and Psychiatry*, septembre 1934, p. 467.

Chaslin (Ph.). — *Eléments de sémiologie et clinique mentales*, 1 volume, 956 p., Asselin et Houzeau, Paris, 1912.

Chavany (J.-A.), Pecker (J.) et Hagenmuller (D.). — L'épilepsie des tumeurs cérébrales. *La Presse médicale*, 62, n° 70, 27 octobre 1954, p 1460-1463.

Christian (J.). — Hallucinations. *Dictionnaire Dechambre*, t. 12, Masson, Asselin et Houzeau, Paris, 1886.

Contamin (F.). — Epilepsie temporale. *Semaine des hôpitaux*, 30e année, n° 24, 10 avril 1954, p. 1509-1513.

Cossa (P.) et Martin (P.). — Sur les hallucinations temporales. *Annales médico-psychologiques*, 109e année, t. 1, n° 3, mars 1951, p. 273-279.

David (M.) et Puech (P.). — Hallucinations et méningiome de la petite aile du sphénoïde. *L'encéphale*, 1932, n° 21, p. 409-421.

— et Askenazy (H.). — Les troubles mentaux dans les méningiomes de la petite aile du sphénoïde. *L'encéphale*, 1937, n° 32, p. 169.

— Hécaen (H.) et Coulonjou (R.). — Equivalents comitiaux de type hallucinatoire divers, unique symptôme d'une tumeur temporale gauche. *Annales médico-psychologiques*, 103e année, t. 2, n° 1, juin 1945, p. 93-97.

—— Angelergues (R.) et Mages (Cl.). — Les tumeurs occipitales. Etude clinique. *Neurochirurgie*, t. 1, n° 1, 1955, p. 85-109.

Davidson (G. M.). — Hallucinations de l'odorat. *Psychiatric Quarterly*, 1938, n° 12, p. 253.

Dell (M. B.). — L'épilepsie temporale. *La Presse médicale*, 61, n° 24, 4 avril 1953, p. 503-508.

De Morsier (G.). — Quelques symptômes consécutifs aux traumatismes craniens : hyperesthésie cervicale, aphasie, mutisme, hallucinations olfactives. *Revue neurologique*, 1932, 62, p. 395.

— Hyperesthésie cervicale, aphasie, mutisme et hallucinations olfactives après traumatisme cranien. *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, 1932, 10, p. 682.

— Les hallucinations. Etude oto-neuro-ophtalmologique. *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, t. 16, avril 1938, p. 248-254.

Digo (R.). — Mélancolie. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, t. 1, 37-210, A 10, 1955.

Durand (V.-J.). — Troubles de la perception (hallucinations). *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, t. 1, 37-120, A 10, 1955.

Ey (H.). — Les problèmes physiopathologiques de l'activité hallucinatoire. *L'évolution psychiatrique*, 1938, fasc. 2, p. 1-74.

— Esquirol et le problème des hallucinations. *L'évolution psychiatrique*, 1939, fasc. 1, p. 21-41.

— Bouffées délirantes et psychoses hallucinatoires aiguës, étude 23, *in* « Etudes psychiatriques », t. 3, Desclée de Brouwer, Paris, 1954.

— Confusion et délire confuso-onirique, étude 24, *in* « Etudes psychiatriques », t. 3, Desclée de Brouwer, Paris, 1954.

— Epilepsie, étude 26, *in* « Etudes psychiatriques », t. 3, Desclée de Brouwer, Paris, 1954.

Faleg (G.) et Marzi (F.). — L'exploration de l'olfaction dans la pratique neurologique. *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 77, fasc. 1, 1953.

Fulton (J.-F.). — *Physiologie du système nerveux*. Traduction française, 1 volume, 624 p., Vigot, Paris, 1947.

Gastaut (H.). — L'épilepsie dite psycho-motrice ou temporale. *Epilepsia*, 3e série, vol. 2, 1953, p. 57-99.

— et Roger (J.). — Troubles de l'olfaction, de la gustation et de l'appétit chez les épileptiques psycho-moteurs. *Annales médico-psychologiques,* 118e année, t. 1, n° 2, février 1955, p. 177-206.

Guidetti (B.). — Méningiomes de l'aile du sphénoïde. *Rivista di neurologia,* vol. 22, fasc. 3, mai-juin 1952, p. 425-555.

— et Carloni (G.). — Contribution clinique à l'étude des troubles psychiques dans les tumeurs du lobe temporal. *Rivista di patologia nervosa e mentale,* 74, n° 2, 1953, p. 259-301.

Hécaen (H.), Ajuriaguerra (J. de) et Sadoun (R.). — Les troubles mentaux au cours des tumeurs cérébrales. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* t. 2, 37-510, A 10, 1955.

Helsmoortel (J.), Nyssen (R.) et Thiempout (R.). — Troubles olfactifs chez des malades avec traumatismes cranio-cérébraux. *Revue neurologique,* 68, 1937, p. 709.

Inghirami (L.) et Arfel-Capdevielle (G.). — Reliefs électro-encéphalographiques à propos de six cas de tumeurs thalamiques avec contrôle autopsique. *Rivista di neurobiologia,* Pérouse, vol. 1, fasc. 1, janvier-mars 1955, p. 139-144.

Jackson (H.). — Sur une variété particulière de l'épilepsie : l'aura intellectuelle. *Brain,* 11, 1888, p. 179-207.

— et Stewart (P.). — Attaques épileptiques avec perception d'une sensation olfactive brutale et avec une aura intellectuelle (dreamy state) chez un malade qui a des symptômes évoquant une grosse atteinte organique du lobe temporo-sphénoïdal droit. *Brain,* 22, 1899, p. 534-549.

Lemaitre (F.). — L'odorat. *Traité de physiologie normale et pathologique de Roger et Binet,* Masson, Paris, 1935.

Leroy (E. B.). — Préoccupations hypocondriaques avec hallucinations obsédantes de l'ouïe et de l'odorat. *Comptes rendus du congrès des médecins aliénistes,* Masson, Paris, 1905.

Lhermitte (Fr.). — Psychisme et lobe temporal. *Semaine des hôpitaux,* 28 février 1950, p. 7351.

Lhermitte (J.). — *Les hallucinations. Clinique et physiopathologie,* 1 vol., 230 p., Doin, Paris, 1951.

— Lévy (B.) et Trelles (J.). — L'hallucinose pédonculaire. *Revue neurologique,* 62, 1932, p. 383.

Linde (M.). — Hémianopsie d'un œil avec hallucinations olfactives. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie,* 6, 1899, p. 81.

Loque (M.) et Terrier (E.). — Psychose hallucinatoire chronique à prédominance olfactive. *Revue neurologique,* 26, 1913, p. 796.

Marcé (L.-V.). — *Traité pratique des maladies mentales,* 1 volume, 672 p., Baillière, Paris, 1862.

Marchand (L.) et Ajuriaguerra (J. de). — *Epilepsies,* 1 volume, 722 p., Desclée de Brouwer, Paris, 1948.

Markovich (S. E.). — Manifestations d'ordre psychiatrique dans l'épilepsie focale temporale. *Archivos de criminologia, neuropsiquiatria y disciplinas conexas,* Quito, 2e époque, vol. 1, n° 4, octobre-décembre 1953, p. 428-432.

Martimor (E.), Lang (J.-L.) et Blandin (J.). — Délire systématisé chronique avec hallucinations purement olfactives. *Annales médico-psychologiques,* t. 2, n° 5, décembre 1949, p. 578-581.

Marty (R.). — Les troubles psychiques dans les néoformations intracraniennes. *L'encéphale,* t. 41, n° 5, 1952, p. 444-490.

Massion-Verniory (L.). — Les tumeurs du lobe temporal. *Journal belge de neurologie et de psychiatrie,* 36, 1936, p. 530.

Mayer-Gross (W.) et Stein (J.). — Pathologie de la perception, *in* « Handbuch der Geisteskrankheiten », par O. Bumke, t. 1, 732 p., Springer, Berlin, 1928.

Michéa (C.-F.). — *Du délire des sensations,* 1 volume, 344 p., Labé, Paris, 1846.

Mignot (H.) et Mlle Lempérière (Th.). — Crises olfacto-gustatives. La crise uncinée. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* t. 1, 37-250, A 10, 1955.

Mingazzini (G.). — Etudes sur la sémiologie des tumeurs des diverses zones du lobe temporal. *Rivista di patologia nervosa e mentale,* 18, 1913, p. 18.

— Nouvelle contribution à la sémiologie des tumeurs de zones déterminées du lobe temporal. *Revue neurologique,* 26, 1914, p. 1.

Morin (G.). — *Physiologie du système nerveux central,* 2e édition, 1 vol., 254 p., Masson, Paris, 1955.

Noseda (M.). — Contribution à l'étude des hallucinations olfactives et gustatives et de leur valeur pronostique. *Thèse,* Marseille, 1944, dactylographiée.

Paillas (J.-E.), Alliez (J.) et Tamalet (J.). — Hallucinoses et hallucinations olfactives. Considérations neurologiques et psychiatriques. *Annales médico-psychologiques,* 107e année, t. 1, n° 4, avril 1949, p. 342-354.

Paskind (H.-A.). — Parosmie dans une tumeur infiltrante des bulbes et des nerfs olfactifs. *Archives of neurology and psychiatry,* 33, 1938, p. 834.

Pia (H.-W.). — Aspects cliniques des tumeurs temporales. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihre Grenzgebiete,* 21e année, n° 12, décembre 1953, p. 555-595.

Picard (P.), Navarrane (P.) et Le Bras (R.). — Evolution progressive d'un syndrome hallucinatoire complexe vers un état d'hallucinose. *Annales médico-psychologiques,* 112e année, t. 2, n° 2, juillet 1954, p. 250-252.

Pichot (E.). — A propos d'un cas d'hallucination par intoxication salicylique. *L'évolution psychiatrique,* fasc. 3, 1939, p. 63-85.

Pradines (M.). — *Traité de psychologie générale.* T. 1 : le psychisme élémentaire, 3e édition, 1 volume, 746 p., Presses universitaires de France, Paris, 1948.

Régis (E.). — *Précis de psychiatrie,* 6e édition, 1 volume, 1.270 p., Doin, Paris, 1923.

Riser (M.). — *Pratique neurologique,* t. 1, 1 volume, Masson, Paris, 1952.

Roger (H.). — Discours inaugural de la 43e session du congrès des médecins aliénistes, Montpellier, 1942, *Comptes rendus,* 1 volume, Masson, Paris, 1942.

Rondepierre (J.). — Psychose cortisonique. *Annales médico-psychologiques,* 112e année, t. 1, n° 3, mars 1954, p. 374-378.

Seydell (E.). — Troubles olfactifs. *Journal of American medical Association,* 99, 1933, p. 627.

Swann (H.-G.). — La fonction du cerveau dans l'olfaction. *Journal of comparative Neurology*, 59, 1937, p. 175.

Tamalet (J.). — Sur la valeur séméiologique des hallucinations olfactives au cours des syndromes temporaux à propos de dix observations anatomo-cliniques. *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, t. 20, n° 8, novembre-décembre 1948.

Tarachow (S.). — Valeur clinique des hallucinations dans la localisation des tumeurs cérébrales. *The American journal of Psychiatry*, 7, 1941, 1934.

Tellez (A.). — Psychoses expérimentales avec l'acide lysergique. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, t. 3, n° 2, décembre 1954, p. 289-301.

Thiébaut (F.) et Rohmer (F.). — Les troubles psychiques des tumeurs cérébrales. *Revue du praticien*, t. 5, n° 15, 21 mai 1955, p. 1523-1529.

Van Bogaert (L.). — Attaques de microtélopsie, attaques uncinées avec hémianopsie en quadrant, par gliome de la région temporale. *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, 28, 1928, p. 561.

Vié (J.) et Souriac. — Accès délirant hallucinatoire basé sur des hallucinations olfactives prédominantes. *Annales médico-psychologiques*, 95e année, t. 2, n° 1, juin 1937, p. 79-87.

Vizioli (R.) et Ricci (G.). — Observations sur un cas d'épilepsie temporale. *Rivista di neurologia*, vol. 28, fasc. 5, septembre-octobre 1953, p. 605-614.

Walther-Büel (H.). — *Die Psychiatrie der Hirngeschwülste und die cerebralen Grundlagen psychischen Vorgänge*, 1 vol., 226 p., Springer, Wien, 1951.

Wedenski (J.-N.). — Des hallucinations olfactives comme signes précurseurs de l'accès dipsomaniaque. *Revue neurologique*, 24, 1912, p. 416.

Wolinetz (E.). — *Neurochirurgie du praticien*, 1 vol., 198 p., Masson, Paris, 1953.

ELECTROCHOCS ET CARDIOPATHIES

PAR

Maurice POROT (d'Alger)

Le nombre et l'importance des contre-indications du traitement par électrochocs ont diminué avec l'expérience acquise et avec les perfectionnements de la technique. C'est ce que nous avons essayé de montrer antérieurement, notamment en ce qui concerne la grossesse (1), la tuberculose (2) et l'hypertension artérielle (3).

Poursuivant cette étude générale, nous avons rassemblé dans ce travail celles de nos observations concernant des malades traités par électrochocs malgré une cardiopathie. Nous n'avons pas retenu celles dans lesquelles n'existait qu'un trouble neuro-végétatif à manifestations cardio-vasculaires, ni celles, nombreuses, comportant une hypertension artérielle sans retentissement cardiaque important.

Nous n'avons pas, bien entendu, traité nos mentaux cardiopathes sans tenir compte de leur affection cardiaque, ou en la sous-estimant systématiquement. Dans chaque cas, nous avons demandé l'avis d'un cardiologue, qui, le plus souvent, a fait un électro-cardiogramme, et mûrement débattu avec lui les indications, les contre-indications et les précautions à prendre éventuellement. Et nous ne nous sommes décidés à faire le traitement par électrochocs que lorsqu'une des deux conditions suivantes était remplie : ou bien le risque créé par la cardiopathie était minime et pouvait être prévenu par une médication cardiaque ; ou bien le risque, plus grave, restait moindre toutefois que celui de laisser évoluer sans traitement une psychopathie aux conséquences parfois dramatiques ; nous pensons surtout aux menaces et aux tentatives de suicide des mélancoliques.

Tout perfectionnement dans la technique devait entraîner une extension des indications par diminution du risque. Ce fut le cas

Ann. méd.-psych., 113e année, t. II. — Décembre 1955.

de l'apparition des curarisants et surtout des curarisants du type succinylcholine, d'action massive et éphémère. La preuve la plus nette en est que, sur les 11 cardiopathes que nous avons traités par électrochocs, 4 l'ont été de 1947 à 1953 avant l'emploi de ces curarisants, et les 7 autres pendant la seule année 1955.

Voici nos observations réduites à l'essentiel.

Observation 1. — M. T. (H. 1530), femme de 43 ans.

Syndrome anxieux avec insomnie.

Tachycardie paroxystique, sans troubles du rythme, lors de l'examen et de la prise de l'électrocardiogramme, mais altérations myocardiques légères mais certaines (Pr R. Raynaud). Tension artérielle : 11 1/2-7 1/2.

Six électrochocs (du 5 au 24 décembre 1947) (dont trois absences sans convulsions). Les chocs complets donnent des crises d'une rare violence, suivies d'une *pâleur intense,* avec *pause respiratoire et circulatoire impressionnante,* malgré les injections préalables de camphre et de spartéine. On doit suspendre le traitement, malgré une amélioration réelle, qui se maintiendra plusieurs mois, pendant lesquels les crises de tachycardie ont pratiquement disparu.

Observation 2. — M. B. (H. 2092), femme de 36 ans.

Hospitalisée à cinq reprises, de 1939 à 1953, pour psychose maniaco-dépressive (deux accès de mélancolie anxieuse, deux accès maniaques, un accès de forme mixte). Débilité intellectuelle.

Maladie mitrale, d'étiologie indéterminée, sans signe de décompensation myocardique. Tension artérielle : 13-9 (Pr Robert d'Eshougues). myocardique. Tension artérielle : 13-9 (Pr Robert d'Eshougues).

Trois séries d'électrochocs, de 11, 9 et 8 chocs, en 1948, 1951 et 1953, sans précautions spéciales. Pas d'incident. Evolution vers la chronicité.

Observation 3. — M. G. (H. 2132), femme de 30 ans.

Hospitalisée en clinique à cinq reprises, de 1948 à 1953, pour troubles confuso-anxieux fébriles à rechute, d'origine colibacillaire probable, avec agitation maniaque et hallucinations cénesthésiques intenses.

Sténose mitrale ancienne sans signes de décompensation (Pr Robert d'Eshougues).

Reçoit cinq séries d'électrochocs : 12, 11 et 6 séances en 1948, 7 en 1952 et 10 en 1953. Aucun incident, bien que les trois premières séries aient été faites en quatre mois, et souvent à raison d'une séance par jour, en raison des menaces de délire aigu. Pas de précautions spéciales. Guérison maintenue depuis 1953.

Observation 4. — G. Z. (H. 1801), femme de 32 ans.

Mutisme pithiatique post-aphasique chez une débile mentale. Culture maternelle. Crises hystériformes pseudo-comitiales (Dr Ramée), à 22 ans.

Sténose mitrale consécutive à un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 12 ans. Arythmie complète par fibrillo-flutter auriculaire, avec rythme ventriculaire à 100. Pas de signes d'insuffisance ventriculaire (Dr G. Duboucher). Hémiplégie gauche à 31 ans, rapidement régressive, puis hémiplégie droite avec aphasie six mois plus tard, à la suite d'un ictus apoplectique, avec coma de plusieurs jours.

Ionisation calcique. Psychothérapie. Narco-analyse. Torpillage électrique. Echec de tous ces traitements. Douze électrochocs, du 14 novembre au 12 décembre 1949, après digitalisation préalable. Pas d'incident. Guérison des symptômes pithiatiques et rechute quelques mois plus tard, dans un milieu familial néfaste.

Observation 5. — L. A. (60), homme de 49 ans.

Syndrome obsessionnel, avec sub-anxiété, traité par voie médicamenteuse depuis six ans. Au printemps 1955, mélancolie anxieuse aiguë, avec idées de suicide.

Hypertension artérielle ancienne, à retentissement coronarien et myocardique important (Drs Roffo et G. Duboucher).

Sept électrochocs sous célocurine du 4 au 22 février 1955. Tonicardiaques avant et pendant le traitement. Au réveil de la sixième, puis de la septième séance, *crise hypertensive* et *menace d'œdème aigu du poumon,* avec polypnée, toux, hypersécrétion broncho-pulmonaire, agitation intense, douleur thoracique atroce. La tension artérielle, habituellement aux alentours de 18-12 avant le traitement, était à 23-15 avant la septième séance et a atteint 28-20 quelques minutes après le choc ; les doses d'atropine, de penthiobarbital et de célocurine avaient pourtant été portées respectivement à 0 gr. 002, 0 gr. 50 et 0 gr. 110, alors qu'elles étaient habituellement de 0 gr. 001, 0 gr. 30 et 0 gr. 080. Le traitement est interrompu ; la bonne amélioration obtenue se consolide et le malade guérit de son épisode aigu.

Observation 6. — H. L. (1213), homme de 50 ans.

Accès dépressif discret pendant six mois, franchement mélancolique depuis peu, avec idées de suicide importantes, malgré les traitements médicamenteux.

Thrombose coronarienne en 1951. En juin 1955, électrocardiogramme : rythme sinusal régulier, signes d'hypertrophie ventriculaire gauche, séquelles discrètes de thrombose coronarienne postérieure (Dr G. Duboucher). Tension artérielle : 22-12.

Douze électrochocs ambulatoires sous célocurine, du 11 mai au 21 juin 1955. Aucun incident. Guérison.

Observation 7. — E. C. (H. 2297), femme de 62 ans.

Syndrome mélancolique simple depuis huit mois. Antécédents psychopathiques familiaux similaires. Urticaire à répétition malgré tous les traitements.

Tachycardie paroxystique depuis plusieurs années. L'accès le plus long aurait duré 52 heures. Pas d'autre manifestation cardiaque (Dr Bernasconi).

Douze électrochocs sous célocurine, sans incident, du 12 mai au 14 juin 1955. Deux petites crises de tachycardie paroxystique au début du traitement. Disparition ultérieure. Persistance de l'urticaire.

Observation 8. — F. T. (H. 2298), femme de 38 ans.

Accès d'agitation maniaque, d'apparition relativement récente (deux mois), n'ayant cédé que temporairement à la chlorpromazine.

Chorée dans l'enfance. Douleurs rhumatismales discrètes. Signes discrets mais nets de valvulite mitrale (Dr G. Duboucher). Electrocardiogramme : rythme sinusal régulier. Pas de signes de décompensation.

Vingt électrochocs sous célocurine du 16 mai au 18 juillet 1955, parfaitement supportés. Guérison.

Observation 9. — J. L. (1241), homme de 54 ans.

Mélancolie anxieuse depuis plusieurs mois chez un diabétique, avec uricémie et accès de goutte antérieurs. Un petit accès mélancolique antérieur.

Tachyarythmie complète à 130 environ. Gros cœur. Electrocardiogramme douteux : aplatissement ou même inversion de T 1 et de T V 6 (en l'absence de toute digitalisation). Pas de signes de décompensation, tension artérielle à 16-11 (Dr G. Duboucher).

Echec d'une cure de sommeil. Digitalisation préalable. Douze électrochocs ambulatoires sous célocurine, du 5 juillet au 16 août 1955. Aucun incident. Guérison.

Observation 10. — H. B. (1232), homme de 51 ans.

Syndrome dépressif, avec obsessions de meurtre sur la personne de sa femme, puis d'autres personnes, puis idées de suicide. Subanxiété permanente. Début brusque deux mois auparavant.

Depuis trois ans, traité sans grand résultat pour rhumatisme cervical chronique. Etat saburral des voies digestives. Foie gros et sensible. Tension artérielle à 13-8. Arythmie simple, sans tachycardie. Le tracé électrocardiographique fait penser à une hypokaliémie (Dr Pasquet). Tous les traitements médicamenteux restent inefficaces.

Douze électrochocs sous célocurine, du 19 juillet au 26 août 1955, sans incident. Guérison. Persistance des céphalées.

Observation 11. — F. M. (H. 2325), femme de 41 ans. Agitation maniaque, avec hallucinations et délire mystique. Apparition récente, un mois avant le traitement.

Tuberculose pulmonaire à l'âge de 18 ans, guérie depuis par pneumothorax. A 33 ans, épisode rhumatismal aigu, avec signes encéphalo-méningés graves ; présence de staphylocoques dorés dans le liquide céphalo-rachidien. Cardiopathie mitrale découverte à l'âge de 10 ans (Pr M. Raynaud), comme sa mère et sa sœur. En avril 1954, arythmie complète, avec fibrillation auriculaire (Dr Bernasconi). En septembre 1954, traitement à l'hydroquinidine (Dr Brochier), au cours duquel elle a présenté deux épisodes psychopathiques.

Echec d'un traitement à la chlorpromazine, et apparition d'un délire érotomaniaque. On pratique douze électrochocs sous célocurine, du 10 août au 22 septembre 1955, sans incident. Guérison.

L'ensemble de ces observations permet de penser que, moyennant certaines précautions, les troubles cardiaques ne sont pas une contre-indication absolue des électrochocs.

Parmi nos 11 malades, il y avait 7 femmes et 4 hommes ; leur âge allait de 30 à 62 ans.

Du point de vue psychiatrique, il y avait quatre mélancoliques, deux maniaques, un état maniaco-dépressif, un état dépressif obessionnel avec anxiété, un anxieux, un état confuso-anxieux, un pithiatisme rebelle. Les résultats psychiques ont été excellents dans sept cas, bons dans deux cas, non durables dans deux autres cas.

Les troubles cardiaques pouvaient être répartis en trois groupes : quatre affections valvulaires (une maladie mitrale, une valvulite mitrale, deux rétrécissements mitraux, dont un avec arythmie complète et fibrillo-flutter), cinq troubles permanents du rythme (deux tachycardies paroxystiques, une arythmie complète avec fibrillation auriculaire, une tachyarythmie complète, une arythmie simple avec altération myocardique) et enfin deux affections coronariennes (une coronarite postérieure avec gros ventricule gauche, une coronarite avec myocardite chez un hypertendu).

Dans la plupart des cas, il a été fait usage avant et pendant le traitement de toni-cardiaques et de vaso-dilatateurs : digitaline, camphre, spartéine, théophylline, etc...

Les quatre traitements faits de 1947 à 1953 l'ont été sans préparation particulière, alors que les sept derniers, tous pratiqués en 1955, ont bénéficié de la curarisation préalable à la succinylcholine, selon la technique que nous avons indiquée précédem-

ment (4) : injection intraveineuse d'atropine (un demi à un milligramme) et de penthiobarbital (25 à 50 centigrammes) ; l'anesthésie légère une fois obtenue, on injecte de 60 à 100 milligrammes (un mgr. par kilo de poids environ) d'iodure de succinylcholine (célocurine), et le choc est alors pratiqué. Cette façon de procéder a, pour les cardiopathes, les avantages suivants : pas d'angoisse préalable grâce à l'anesthésie, diminution considérable de la libération d'histamine habituellement constatée et de ses conséquences, brièveté de l'anoxie grâce à l'oxygénation artificielle pendant la phase de paralysie et à la reprise très rapide de la respiration spontanée, et surtout réduction considérable du travail musculaire que représente la crise motrice d'un électrochoc sans curarisation. Moss et ses collaborateurs (5) se disent d'ailleurs « convaincus que cette médication (la succinylcholine) permet de traiter des malades cardiaques sans les soumettre à un effort supérieur à celui que représenterait la traversée de la chambre en marchant tranquillement ».

Nous avons personnellement observé deux incidents qui n'eurent pas de conséquences graves. Le premier consistait en manifestations syncopales post-critiques inquiétantes (obs. 1) dans un cas de tachycardie paroxystique traité par électrochocs avant l'emploi de la célocurine. Cet incident que nous avons observé, rarement il est vrai, chez des malades non cardiaques, mais présentant des perturbations neuro-végétatives importantes et soumis aux électrochocs simples, ne s'est jamais produit depuis que nous les faisons sous célocurine. Son emploi aurait sans doute permis d'éviter cet orage végétatif et de poursuivre le traitement de cette malade. Signalons également que nous avons pu, sans incident, faire des électrochocs sans préparation à une malade pithiatique atteinte de sténose mitrale avec fibrillo-flutter et hémiplégie droite (obs. 4).

Par contre, un de nos malades (obs. 5) a fait à deux reprises, malgré l'emploi de la célocurine, des accidents hypertensifs aigus et inquiétants. C'est assez dire que, si le traitement est sûr, il n'est pas absolument sans danger. Amiot (6) qui a, le premier, utilisé la célocurine en France, signale qu'il a pu, grâce à elle, traiter trois malades présentant des troubles cardio-vasculaires, dont un aortique hypertendu de plus de 60 ans, qui avait fort mal supporté un premier électrochoc sans curarisation (tension artérielle à 25 et dyspnée inquiétante pendant 50 minutes), et qui toléra parfaitement les quatre chocs suivants, faits sous célocurine, sans crise hypertensive. Moss et ses collaborateurs (5) ont ainsi traité une dizaine de cardiopathes, dont un coronarien ancien, un infarc-

tus récent, deux sténoses mitrales et divers troubles du rythme. Holt et ses collaborateurs (7) ont traité également par cette méthode 30 cardio-vasculaires, dont deux insuffisances coronariennes et deux infarctus du myocarde. Ces auteurs n'ont observé aucun incident dû au traitement.

Deshaies (8), qui a fort bien étudié les contre-indications de l'électrochocthérapie, avant l'introduction de l'anesthésie-curarisation à la succinylcholine, était cependant déjà très optimiste dans ses appréciations des possibilités de l'électrochoc chez les cardiaques. Et, pourtant, il cite notamment les travaux de M. T. Moore (9) qui traita 238 cardiaques, parmi lesquels 57 atteints de myocardite, 25 de coronarite, 7 de blocage auriculo-ventriculaire, avec toutefois un décès par infarctus chez un diabétique atteint de coronarite ; ceux de V. L. Evans (10), qui « choqua » 19 coronariens, cinq malades avec fibrillation auriculaire, un avec insuffisance cardiaque rhumatismale ; mais lui aussi enregistra deux accidents : un décès chez un cachectique avec fibrillation, probablement par embolie pulmonaire et une décompensation cardiaque durable. Deshaies conclut que les insuffisances ou rétrécissements valvulaires bien compensés ne contre-indiquent en rien le traitement ; que les myocardites, coronarites, fibrillations auriculaires et même l'insuffisance cardiaque ne sauraient être des contre-indications absolues. Seul peut-être — le cas ne s'est jamais présenté — l'anévrysme de l'aorte pourrait être une contre-indication formelle ; encore que la curarisation préalable pourrait permettre d'envisager le traitement sismothérapique de tels malades.

Les traitements électriques de choc ne doivent pas être entrepris à la légère chez les cardiopathes. Il faudra toujours, si l'acuité des symptômes psychiques le permet, essayer auparavant des thérapeutiques psychiatriques moins agressives. C'est ce qui a été fait notamment dans nos observations 4, 5, 9, 11. Toutefois, il faut lever la contre-indication de principe absolue et excessive posée jusqu'ici par trop d'auteurs et étudier chaque cas particulier en mettant en balance, d'une part les risques psychiatriques (suicide notamment) que l'abstention ferait courir au malade, et, d'autre part, les complications cardiaques à redouter éventuellement. L'emploi de l'anesthésie-curarisation à la succinylcholine et les traitements cardiaques préventifs diminuent si considérablement ces risques de complication que l'on peut admettre que les contre-indications cardiaques à la pratique de l'électrochoc sont devenues exceptionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Porot (M.). — Traitements psychiatriques de choc et grossesse. *La Presse médicale, 57,* 118-120, n° 76, 3 décembre 1949.
2. Porot (M.) et Cohen-Tenoudji (A.). — Tuberculose et traitements psychiatriques de choc. *Annales médico-psychologiques, 113-1,* 376-408, n° 3, mars 1955, et *La Presse médicale, 63,* 62, n° 4, 15 janvier 1955.
3. Sutter (J.) et Porot (M.). — Hypertension artérielle et électro-chocs. *Annales médico-psychologiques, 107-2,* 1-12, juin 1949.
4. Porot (M.) et Bisquerra (E.). — Succinylcholine et électro-chocs. *La Presse médicale, 63,* 62, n° 4, 15 janvier 1955, et *Algérie médicale, 58,* n° 8, août 1955.
5. Moss (B.-F. Jr), Thigpen (C.-H.) et Robison (W.-P.). — L'emploi du dichloride de succinylcholine dans la thérapeutique électrique convulsivante. *Am. J. Psychiatr., 109,* 895-898, juin 1953.
6. Amiot. — *L'utilisation de l'iodure double de succinylcholine dans l'électro-choc.* Note des Laboratoires Girard-Mounier-Vitrum, octobre 1952.
7. Holt (W. L. Jr), Mac Condless (F. D.), Yacoueian (J.) et Mered (A. A. K.). — Comparaison entre les effets du flaxedil et de l'anectine sur le pouls, la pression artérielle et la respiration chez 30 cardiaques et 49 autres malades soumis aux électro-chocs. *Confinia neurologica, 13,* 313-319, 1953.
8. Deshaies (G.). — Les contre-indications de l'électrochocthérapie. *Annales médico-psychologiques, 108-2,* 607-626, décembre 1950.
9. Moore (M. T.). — Electrochocthérapie. *Arch. Neurol. and Psychiatr.,* 693, 1947.
10. Evans (V. L.). — Electrochocthérapie et maladies cardio-vasculaires. *Ann. Int. Med.,* 692, 1945.

ENQUÊTE CLINIQUE SUR LES EFFETS DES ACROAGONINES DE CERLETTI EN THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE

PAR

Ch.-L. DELL

Introduction (1)

La première application de l'électrochoc à l'homme fut réalisée en mars 1938 par Cerletti, assisté de Bini. Depuis lors, la sismothérapie est devenue d'emploi quotidien et a fait l'objet de nombreuses études. Sont importants, en particulier, les travaux qui portent sur les éléments essentiels de la crise déclenchée par l'électrochoc et sur son mécanisme d'action. A ce propos, nous résumerons, en le citant fréquemment, les vues de Cerletti pour montrer comment il en est venu à envisager l'existence des acroagonines et comment il les conçoit.

Suivi sur ce point par beaucoup d'auteurs, Cerletti n'attribue aucune action thérapeutique particulière au courant électrique qui n'est à ses yeux que le moyen le plus commode et le moins dangereux de déclencher l'attaque épileptiforme. Celle-ci constitue le facteur essentiel du traitement « en tant que réaction nerveuse particulière en soi et en tant que décharge naturelle n'ayant aucun rapport avec la qualité du stimulus ». Dans l'attaque épileptiforme, il convient de distinguer diverses composantes de valeur inégale. Les convulsions ne sont qu'un phénomène accessoire ; par contre apparaissent comme primordiales,

(1) Travail effectué sous les auspices du Consiglio Nazionale delle Ricerche d'Italia au Centre de physiopathologie de l'électro-choc (directeur : professeur U. Cerletti) et à l'Ospedale Santa Maria della Pietà de Rome (directeur : professeur F. Bonfiglio).

Nous tenons à remercier MM. les professeurs Cerletti et Bonfiglio, ainsi que tous les médecins de l'Hôpital psychiatrique de Rome de leur accueil cordial, de leur aide compréhensive et de leur amicale hospitalité.

constantes et nécessaires, la perte de conscience et les modifications neuro-végétatives et bio-humorales. Diverses recherches physiologiques indiquent que les mécanismes présidant à ces phénomènes fondamentaux se consomment au niveau de la région diencéphalique.

Par ailleurs, Cerletti s'est attaché à préciser la signification biologique de l'attaque épileptiforme due à l'électrochoc et dont il a étudié les différents aspects à travers toute l'échelle zoologique. Il pense que l'on peut considérer la première partie de la crise, c'est-à-dire la phase tonique, comme un ensemble moteur et végétatif exprimant la terreur, et la deuxième partie, la phase clonique, comme une réaction défensive, surtout de fuite, d'expression d'ailleurs plus évidente chez certains animaux que chez l'homme. L'ensemble de la crise lui semble donc devoir être interprété comme une « réaction de terreur-défense ». Dès 1940, il émet l'hypothèse que l'électrochoc met en œuvre « toutes les réactions nerveuses, biochimiques, endocrines, spécialement réglées par le système neuro-végétatif et tout le système primitif qui rentre dans le domaine du thymo-paléo-psychisme — réactions et psychisme qui se sont organisés phylogénétiquement en tant que garde et défense de la vie. Soulevées en une alerte suprême, elles déclenchent la plus grande décharge défensive dont l'organisme soit capable ». Ajoutons que cette décharge défensive n'est évidemment pas une réponse spécifique à l'application du courant électrique, mais qu'elle peut être déchaînée par d'autres agents d'agression mettant l'organisme en sérieux danger.

Au sujet du mécanisme d'action de l'électrochoc, on a proposé diverses théories plus ou moins vérifiables. Pour certains auteurs, l'accès en lui-même exercerait une influence déprimante ou excitante sur les fonctions somatiques et psychiques du système nerveux. Pour d'autres, on assisterait, sous l'effet de l'attaque, à une dissolution des fonctions psychiques, puis à leur reconstruction et à leur réintégration selon les normes. Pour Cerletti enfin, l'électrochoc agirait en provoquant la production ou l'augmentation de substances défensives dans tout l'organisme, et notamment au niveau de l'encéphale. C'est en entreprenant de vérifier cette dernière hypothèse que Cerletti en est arrivé à la notion des acroagonines. Il lui a semblé difficile de vouloir rechercher des modifications post-électrochoc dans le milieu sanguin, dont la composition et la stabilité dépendent de trop de facteurs et d'une régulation trop complexe. Il préféra rechercher des modifications au niveau de l'encéphale. Le problème se formulait dès lors sché-

matiquement dans les termes suivants : Y a-t-il une différence entre le cerveau d'un animal ayant subi des électrochocs et le cerveau d'un animal non traité ? Ce problème pouvait être attaqué par trois voies de recherche : celle des analyses biochimiques, celle de l'expérimentation physiologique et celle des essais cliniques. Cerletti renonça d'emblée à la voie biochimique en raison de la connaissance encore réduite que l'on a de la chimie cérébrale et en raison de difficultés matérielles. Il s'engagea donc dans les voies physiologique et clinique. Nous rapporterons brièvement les principales études effectuées dans ces deux directions.

Expérimentation physiologique

Diverses séries de travaux expérimentaux ont été poursuivies dans l'espoir de trouver un test biologique de l'action du cerveau d'animal électrochoqué. Nous les rapporterons dans leur ordre chronologique. En général, on a utilisé comparativement des suspensions de cerveau de porcs électrochoqués (nous les désignerons par les initiales C.E.C.) et des suspensions de cerveau de porcs normaux, c'est-à-dire n'ayant subi aucun traitement (nous les désignerons par les initiales C.N.).

En 1947, Cerletti inocule intracérébralement la rage (virus fixe fourni par l'Institut antirabbique de Rome) à des lapins traités au préalable par des suspensions C.E.C. Les animaux témoins, c'est-à-dire les lapins non traités ou traités au C.N., succombèrent en une dizaine de jours à une encéphalite rabbique de symptomatologie et de décours classiques. Des cinq lapins traités avec le C.E.C., trois succombèrent, mais la période d'incubation de la rage fut augmentée de deux jours environ, et deux survécurent après avoir présenté seulement un état d'excitation et quelques phénomènes transitoires d'ataxie.

La même année, Accornero, voulant renouveler cette expérience, vit ses lapins atteints de pasteurellose. Sur quatre lapins n'ayant subi aucun traitement, un seul en réchappa ; l'examen du sérum montra qu'il n'avait pas été contaminé. Sur sept lapins traités par le C.N., un seul survécut. Sur cinq lapins traités par le C.E.C., quatre survécurent.

En 1948, G. Bonfiglio note chez des lapins traités par le C.E.C., et auxquels il inocule ensuite la toxoplasmose, un retard d'une semaine environ, par rapport aux animaux témoins, dans l'apparition des modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien.

La même année, Spolverini inocule à quarante-cinq singes,

par voie intracérébrale, la poliomyélite antérieure aiguë. Les singes de contrôle (non traités préalablement ou traités par le C.N.) moururent en huit jours avec quadriplégie. Parmi les singes traités par le C.E.C., les uns succombèrent avec un syndrome poliomyélitique caractérisé, mais seulement au bout de deux semaines ; les autres survécurent après n'avoir présenté que des paralysies légères ou de la fièvre. *In vitro,* par contre, le C.E.C. se révéla sans action sur le virus.

La même année également, Longhi et Martinotti injectent dans l'hypothalamus de chiens, selon la technique de Demole, soit du C.N. ou du C.E.C. mélangés à de l'encre de Chine, soit de l'encre de Chine seulement. Grâce à l'encre de Chine, l'autopsie permit de vérifier si l'injection avait bien été intra-hypothalamique et confirma la réussite de l'opération dans 80 % des cas. Les chiens auxquels on avait injecté du C.N. ou uniquement de l'encre de Chine se conduisirent normalement dès que l'effet de l'anesthésie se fut dissipé. Les chiens traités par le C.E.C., au contraire, présentèrent une bradycardie et un sommeil profond pendant une à trois heures.

En 1949 et en 1950, Cerletti et Longhi reprennent l'expérimentation sur la rage. Les dix lapins de contrôle moururent en cinq à six jours, après une phase de latence de cinq jours et une phase parétique et comateuse d'un jour. Les quarante lapins traités préalablement par le C.E.C. succombèrent tous, mais huit seulement le firent dans le même temps que les lapins de contrôle. Les trente-deux autres moururent, en sept à treize jours, après un temps de latence augmenté et une période ataxique et comateuse prolongée.

En 1950, Martinotti répète les expériences avec le virus fixe de la rage. Sur dix-neuf lapins, neuf moururent dans le même temps que les animaux de contrôle, sept moururent avec un retard d'un à cinq jours et trois survécurent.

En 1952, Hirsch reproduit l'expérimentation sur la rage. Sur quatorze lapins traités par le C.E.C., quatre survécurent ; les autres, ainsi que les animaux de contrôle, moururent en six à sept jours. Aux quatre lapins survivants, on inocula une deuxième fois la rage au bout de quatre semaines. Un seul mourut sans avoir d'ailleurs présenté de signes de rage.

On voit que cette expérimentation ne fournit que des tests biologiques longs et compliqués. Cependant, Cerletti s'est senti autorisé à y trouver l'indication d'une différence d'action entre le C.E.C. et le C.N. Le C.E.C. lui semble posséder une action sthéni-

fiante et conférer aux animaux auxquels il est injecté une résistance accrue aux agressions infectieuses. Il pense pouvoir attribuer ces qualités du C.E.C. à la formation ou à l'augmentation dans la masse cérébrale, sous l'influence de l'électrochoc, de « substances de défense suprême ou, d'une façon ou d'une autre, d'actions hautement vitalisantes ». Il a proposé d'appeler ces substances « acroagonines » (*akros :* suprême ; *agôn :* lutte).

Nous n'avons fait que rapporter les faits expérimentaux les plus marquants. Par ailleurs, Cerletti et ses collaborateurs se sont livrés à d'autres essais qui ont fourni des données non négligeables, notamment en ce qui concerne les applications pratiques du C.E.C. Ainsi, il semble bien que les acroagonines soient produites et emmagasinées progressivement. Cela explique que des animaux traités par quelques électrochocs seulement, soit préventivement, soit après inoculation de la rage par exemple, aient succombé dans les mêmes conditions que les animaux témoins. Cela explique aussi les différences d'efficacité constatées entre les suspensions C.E.C. de différentes origines. Ce n'est que par tâtonnement que l'on a pu définir le nombre optimum et le rythme le plus favorable des électrochocs administrés, le mode d'occision de l'animal, et le moment où l'on sacrifie l'animal (cf. entre autres les travaux de Longhi et Martinotti sur le « syndrome d'accumulation » réalisé par de nombreux électrochocs effectués à intervalles rapprochés). L'agent d'agression finalement retenu resta la secousse électrique, de préférence à d'autres méthodes, en particulier l'anoxie. De même, on s'arrêta en définitive au choix du porc comme animal de préparation. Il a l'avantage de bien résister à des électrochocs en série. On perd actuellement peu d'animaux en cours de préparation, l'expérience ayant permis de mettre au point les critères de race et de poids à la sélection initiale, le mode d'administration du courant électrique, les précautions à prendre au moment des convulsions et le régime alimentaire. De plus, le porc possède un cerveau plus évolué et d'un poids plus avantageux que le cobaye ou le lapin.

En dépit de ces acquisitions expérimentales déjà variées, Cerletti considère l'état actuel de la question des acroagonines comme un premier stade d'études. Il suppose que l'on a affaire, non pas à une substance définie, mais à un groupe de substances que des recherches biochimiques ultérieures devront préciser. Si de nombreuses indications expérimentales mettent en avant le rôle du méso-diencéphale, il ne lui paraît pas pour autant que l'on doive chercher exclusivement dans celui-ci le lieu de production des acroagonines. Aussi lui a-t-il semblé prudent de s'en

tenir pour l'instant à l'utilisation d'une suspension de cerveau total (cervelet exclu), réalisée avec le minimum de manipulations. Tout en suivant avec le plus grand intérêt les essais d'autres auteurs, il a tenu pour prématuré de vouloir s'adresser à une portion restreinte de l'encéphale (comme Alvez Garvia qui attribue une action différente aux extraits d'hypothalamus antérieur et postérieur), ou de vouloir procéder dès maintenant à la fabrication d'extraits concentrés (comme Kornmüller qui élimine toute la fraction phosphatidique de la masse cérébrale). Enfin, ses conceptions mêmes sur la signification biologique des convulsions de l'électrochoc et sur la production des acroagonines lui ont fait écarter des modes de préparation mixtes (comme Gley, Rondepierre et Oulès qui soumettent leurs animaux d'expérience à un traitement simultané par l'électrochoc et par l'insuline).

Essais cliniques

Parallèlement à l'expérimentation animale, des essais cliniques furent tentés. Après avoir expérimenté le produit sur lui-même, Cerletti, secondé par les médecins de l'Hôpital psychiatrique de Rome et par les médecins de la Clinique universitaire, traita, en 1947, trente-six malades par le C.E.C. et par le C.N. Il s'agissait en général de malades présentant un syndrome dépressif ou un état d'excitation. Les injections de C.N. s'avérèrent sans action. Par contre, le C.E.C. se révéla efficace sur l'anxiété, sur l'insomnie et sur l'excitation. Les résultats obtenus chez ces trente-six malades, après un traitement de vingt jours, peuvent se schématiser en douze guérisons, dix-huit améliorations et huit échecs. L'action la plus apparente s'exerça sur l'insomnie (retour à un repos nocturne normal, somnolence diurne ; dans un cas, sommeil continu de quatre jours avec possibilité de réveil par des excitations banales). A forte dose, on put obtenir un véritable état d'obnubilation ; ainsi s'installa chez un malade un état oniroïde avec déambulation et finalement endormissement dans un pré.

D'Angelo, en 1951, traita six déments séniles âgés de plus de quatre-vingts ans par trente injections quotidiennes de C.E.C. préparé par Cerletti. Il nota une légère élévation thermique lors des premières injections et un assoupissement de six à sept heures survenant deux à trois heures après l'injection. Chez certains malades, une baisse de l'état général força à interrompre la cure. Un des intérêts de cet essai, réalisé sur des déments, fut d'éliminer l'éventualité de phénomènes de suggestion.

Dans le cadre des essais cliniques s'inscrit notre travail accompli à l'Hôpital psychiatrique de Rome. Nous en rapporterons ici les résultats.

Matériel médicamenteux

Nous avons employé une suspension aqueuse de cerveau de porc ajoutée de 1 % d'acide phénique et répartie en ampoules de 5 cc. Un cerveau de 100 gr. donne 1.000 cc. de suspension. Les porcs avaient été électrochoqués, au rythme de trois fois par semaine pendant un mois, au moyen d'une tenaille porte-électrodes construite par Cerletti. Ils furent sacrifiés par égorgement le surlendemain du dernier choc. Les cerveaux, prélevés aseptiquement, furent transportés au laboratoire de l'Istituto Superiore di Sanità de Rome, où l'on entreprit sans tarder la fabrication de la suspension. Les ampoules subirent les contrôles bactériologiques et chimiques usuels et furent gardées à la glacière jusqu'à leur utilisation.

On voit qu'il ne s'agit pas, comme on a pu l'écrire à tort, d'un produit obtenu à partir d'animaux choqués assez intensément pour succomber à un état de mal épileptique. Une telle méthode serait en contradiction avec les vues de Cerletti, selon qui les acroagonines sont produites ou augmentées et emmagasinées progressivement, ce qui nécessite un certain laps de temps et serait au-dessus des forces d'un organisme épuisé par des chocs nombreux et rapprochés.

Il convient de souligner également que la suspension est préparée le plus tôt possible. Le séjour du cerveau à la glacière n'a jamais excédé vingt-quatre heures. Les acroagonines ne peuvent donc être assimilées aux biostimulines préparées selon la méthode de Filatov. Au demeurant, les conceptions théoriques de base de Cerletti et de Filatov sont différentes. C'est le produit fabriqué, les ampoules étant soudées, que Cerletti conseille de maintenir au froid. Il prend cette précaution uniquement pour éviter une atténuation possible de la suspension ; celle-ci est en effet réalisée selon les mêmes procédés que le vaccin antirabbique, lequel perd son activité en deux mois environ. Signalons au passage que Cerletti a également, à des fins d'études comparatives, préparé des cerveaux selon les méthodes de Filatov et que d'Angelo les a utilisés pour des essais cliniques.

Matériel clinique

Nous avons traité 41 malades (19 hommes et 22 femmes), dont l'âge s'échelonnait de 20 à 91 ans. Le choix de ces malades fut

effectué sans idée préconçue ; en fait, on se laissa guider par la commodité des locaux et par le hasard des entrées. La liste s'établit de la façon suivante :

14 déments, dont 9 séniles et 5 artérioscléreux.
9 schizophrènes, évoluant depuis plusieurs années, et déjà traités par les méthodes classiques, dont : un à forme hébéphrénique, deux avec des impulsions fréquentes, deux en période catatonique, quatre avec une excitation continue.
8 états dépressifs, dont: deux mélancolies simples, deux mélancolies chroniques, trois mélancolies involutives, une dépression légère chez un oligophrène.
3 états d'excitation, dont : une manie, une hypomanie, un état d'excitation chez un oligophrène.
1 hypocondriaque.
1 psychose hallucinatoire chronique avec réaction dépressive.
5 parkinsoniens.

Conduite de la cure

Le traitement a été commencé après quelques jours d'observation, tout médicament ayant été supprimé (sauf chez les parkinsoniens). La dose quotidienne a été de 10 cc. injectés en une seule fois dans la fesse. Pour certains malades, on est ensuite passé à 20, puis à 30 cc., injectés en deux fois. Cette augmentation de dose a été bien supportée. Le traitement a pu être continué sans danger pendant 28 jours de suite. Les injections ont été faites le plus souvent dans la matinée, mais également dans l'après-midi ou dans la soirée ; l'heure de l'injection, notamment par rapport à celle des repas, s'est révélée indifférente. Afin d'éviter des appréciations systématiquement louangeuses ou défavorables de la part du personnel, on a commencé, pour deux tiers des malades, par injecter du C.N. pour passer au bout d'une huitaine de jours au C.E.C. sans avertir personne. Une deuxième substitution dans le sens inverse a été réalisée dans les mêmes conditions au bout d'un temps variable. Signalons que, dans un quartier, le personnel se rendit compte sans le savoir de la première substitution, puisqu'il fit remonter les modifications du comportement des malades aux trois ou quatre jours suivant la substitution.

Effets physiques

Au cours d'environ 250 injections de C.N. et de 450 injections de C.E.C., nous avons pu observer les effets physiques suivants :

Température : De petits clochers thermiques sont assez fréquents. Dans la règle, ils ne dépassent pas 38°. Ils surviennent plus volontiers environ trois à cinq heures après l'injection et sont éphémères, la température redevenant normale le plus souvent le soir même, parfois seulement le lendemain. Ils sont irréguliers, leur existence, un jour donné, ne permettant pas de prévoir leur réapparition le jour suivant. Ils ne commandent donc pas l'interruption de la cure. Dans les cas plus rares où la réaction thermique est plus importante ou plus durable, elle disparaît après un jour de repos, et le traitement peut être repris, souvent sans nouvel accès fébrile. Ces ascensions thermiques ont été observées indifféremment avec le C.N. et le C.E.C.

Poids : Il varie fréquemment en plus et en moins. Comme chiffres extrêmes, nous avons observé une augmentation de 6 kg. et une diminution de 8 kg. Il n'a pas été possible d'établir un parallélisme significatif entre la courbe pondérale et les modifications mentales. Signalons toutefois que, dans tous nos cas d'aggravation mentale, il existait une chute de poids.

Tension artérielle : Ses oscillations, assez fréquentes, se faisaient en général dans le sens d'une diminution portant sur le maxima et sur la minima. Chez certains déments hypertendus, cet abaissement atteignit 5 cm. de mercure. Après arrêt du traitement, la tension remonta toujours à sa valeur habituelle.

Troubles gastro-intestinaux : Ils ne sont pas rares, surtout chez les sujets âgés, mais de survenue capricieuse. Ils consistent principalement en diarrhée et en constipation. Un dément sénile présenta également de façon passagère des vomissements. Signalons ici quelques cas d'augmentation assez nette de l'appétit.

Réactions diverses : Certains effets neuro-végétatifs moins banaux nous semblent devoir retenir l'attention. On a pu observer les phénomènes suivants : fatigue, pâleur, frisson avec sensation de froid, piloérection, sudation et sensation de soif. Ces phénomènes se déclarent dans la demi-heure qui suit l'injection et ne s'étendent guère au-delà de deux heures. Dans la règle, ils se présentent isolément ; rarement, ils sont réunis en un ensemble de malaise généralisé avec tendance lipothymique. Cette éventualité ne s'est produite en fait que deux fois : quinze à trente minutes après l'injection, s'installa une céphalée nette, accompagnée de pâleur, de sudation et d'un tremblement d'abord localisé aux jambes, puis généralisé ; les malades se plaignaient de faiblesse marquée et de sentiment de froid interne ; l'une d'elles exprima

des craintes de mort imminente. La température et le pouls étaient normaux. Ces incidents s'achevèrent au bout de vingt à trente minutes par un sommeil réparateur, après lequel les malades purent reprendre leurs occupations habituelles. Chez les deux malades, ils se reproduisirent le lendemain et on préféra arrêter le traitement.

Ces réactions sont apparues avec le C.N. et le C.E.C. ; toutefois, avec le C.N., elles ont toujours été minimes et isolées. C'est avec le C.E.C. seulement qu'elles prenaient une certaine intensité et se groupaient en un ensemble. Notons au passage que, dans ces cas, il s'agissait toujours de syndromes dépressifs.

Enfin, certaines réactions n'ont été dues qu'au C.E.C. Il s'agit de la céphalée et de la somnolence. La céphalée survient en règle très tôt après l'injection et s'accompagne le plus souvent de phénomènes végétatifs. Elle disparaît en moins d'une heure et ne présente aucune particularité de qualité, d'intensité ou de localisation. Plus importante nous paraît la somnolence que nous avons observée à des degrés variables et avec fréquence, confirmant ainsi les données des premiers essais cliniques. Elle se déclara, parfois quelques minutes après l'injection, plus souvent dans la journée. Six malades nous signalèrent une tendance accrue au sommeil ; encore que le fait leur fût inhabituel, nous nous bornons à le noter parce qu'il ne conduisit pas à des manifestations objectives. Dans quatre autres cas, par contre, les malades voyaient leur journée entrecoupée de périodes d'assoupissement. Ce phénomène fut particulièrement marqué chez l'un d'eux : il s'endormait en mangeant, en se rasant, ou bien, encore, il s'asseyait sur les marches de l'escalier pour somnoler un instant avant de poursuivre son chemin. Cet état persista une dizaine de jours après l'arrêt du traitement. La ponction lombaire montra un liquide céphalo-rachidien tout à fait normal. Il s'agissait d'un malade atteint de manie franche avec sept accès analogues dans ses antécédents.

Examens de laboratoire : Chez huit malades seulement, nous avons pu faire des dosages répétés du sucre et de l'urée dans le sang. Leurs taux n'ont pas varié au-delà des limites physiologiques.

Incidents et contre-indications : En dehors des troubles neuro-végétatifs signalés plus haut, il faut noter les incidents suivants :

Chez un dément sénile, la cure dut être interrompue du fait de la non-résorption du produit ; les poches douloureuses consti-

tuées par la suspension au niveau de la fesse disparurent en cinq jours sans suppuration, ni fièvre.

Une démente sénile succomba à une affection pulmonaire intercurrente.

Une autre fit, deux jours après l'arrêt du traitement, une crise épileptiforme, vraisemblablement en rapport avec un spasme cérébral. Les légères séquelles hémiplégiques et aphasiques qu'elle avait gardées de trois épisodes analogues antérieurs n'en furent pas aggravées.

Les cardiaques, dont certains présentaient des anomalies à l'électrocardiogramme, ont supporté la cure sans incident spécial. On s'est abstenu, toutefois, d'appliquer le traitement à des cardiopathes décompensés.

Effets mentaux

Des quarante et un malades traités, quatre ont été perdus pour l'appréciation des résultats psychiatriques : une démente de 78 ans est décédée d'affection pulmonaire intercurrente ; trois cures durent être interrompues : une chez un dément, en raison de troubles de la résorption de l'émulsion ; deux chez des mélancoliques chroniques à cause de phénomènes neuro-végétatifs alarmants.

Les trente-sept malades restants ont permis les constatations suivantes :

Déments

Dans une salle de sept démentes (six séniles et une artérioscléreuse), les infirmières signalèrent une amélioration du comportement général des malades, quatre ou cinq jours après la substitution du C.E.C. au C.N., substitution dont, rappelons-le, personne n'avait été averti. L'agitation désordonnée sénile, qui faisait de cette salle l'une des plus bruyantes, diminua et les nuits furent calmes, ce que les opiacés et les barbituriques habituellement utilisés n'avaient jamais pu obtenir. Cette sédation se maintint lorsqu'on injecta à nouveau du C.N. à la place du C.E.C. ; elle persista également trois semaines après l'arrêt de tout traitement.

Aucune action ne fut notée sur l'affaiblissement intellectuel, ni sur les idées délirantes séniles.

Dans une autre salle de cinq déments artérioscléreux ne survint aucun changement. Il est vrai que ces sujets ne présentaient pas une excitation aussi marquée que les femmes.

Les doses utilisées quotidiennement furent de 10 cc., 20 cc., puis 30 cc.

Schizophrènes

Il s'agissait de schizophrènes avérés, tant par la symptomatologie classique du tableau clinique que par la durée de l'évolution de l'affection. Tous avaient déjà été traités, en vain, par les électrochocs et par l'insuline ; l'un d'entre eux avait subi une lobotomie.

Les doses utilisées furent de 10 cc., puis de 20 cc. par jour.

Quatre de ces malades, en état d'excitation continue, eurent un comportement plus calme et des nuits moins troublées. Cette action fut nette encore qu'imparfaite. Elle se manifesta le quatrième ou cinquième jour, mais disparut dès la fin du traitement. Au cours des trois premières journées, on nota une recrudescence de l'agitation.

Chez un catatonique, le négativisme et le mutisme s'accentuèrent au cours de la cure et le malade se mit à refuser toute nourriture. Cette aggravation nette alla de pair avec un fléchissement des conditions physiques, en particulier du poids qui diminua de 5 kg. Le sujet étant connu de longue date et n'ayant jamais rien présenté d'analogue, il semble bien que ce fléchissement puisse être attribué au C.E.C. L'arrêt des injections ne se solda pas par un retour rapide à l'état antérieur.

Un autre catatonique présenta une légère amélioration des symptômes, en particulier en ce qui concerne l'initiative. Ainsi, ce malade, depuis longtemps totalement indifférent vis-à-vis des siens, manifesta le désir de leur écrire et rédigea effectivement deux lettres, d'ailleurs incohérentes, à leur adresse.

Chez un hébéphrène, nous avons assisté à une augmentation évidente du désintérêt et de la passivité. Là encore, se produisit un amaigrissement concomitant de 4 kg.

Deux schizophrènes connues pour la fréquence et la violence de leurs impulsions ne furent en rien modifiées.

Dans aucun des cas, les idées délirantes, les phénomènes d'automatisme, les troubles psycho-sensoriels, ni les symptômes dissociatifs ne furent modifiés.

Etats dépressifs

Rappelons que deux mélancolies chroniques durent être abandonnées après deux jours de traitement du fait de réactions neuro-végétatives inquiétantes.

Chez deux malades atteints de mélancolie simple, la thérapeutique entraîna, en cinq jours, une sédation marquée de l'anxiété. En même temps, le sommeil et l'appétit réapparurent. Cette amélioration fut complète dans un cas et très appréciable dans l'autre. Néanmoins, ce dernier sujet continuait à exprimer des idées de ruine et d'indignité. Notons chez ces deux mélancoliques la relative importance des troubles neuro-végétatifs, en particulier de la somnolence.

Dans un cas de dépression légère chez une oligophrène, on obtint un mieux qui n'excédait pas cependant les variations spontanées de l'humeur chez ces malades. Cette dernière malade avait d'ailleurs présenté dans le passé des alternances de dépression et d'excitation.

Deux cas de mélancolie avec début d'affaiblissement intellectuel ne furent en rien modifiés ; un troisième cas de mélancolie involutive fut nettement aggravé en ce qui concerne la symptomatologie et parallèlement l'état général et le poids. L'état général se rétablit avec l'arrêt du traitement, tandis que les troubles mentaux reprenaient leur allure initiale. Chez ces trois derniers malades, les électrochocs étaient contre-indiqués par les anomalies de l'électrocardiogramme.

Etat d'excitation

Un hypomane, envoyé à l'hôpital parce que sa famille sentait venir un nouvel accès d'excitation (il en avait sept dans ses antécédents), fut peu modifié. Toutefois, il n'évolua pas, selon son habitude, vers un état maniaque franc. Signalons, ici, une somnolence particulièrement marquée et durable dont nous avons parlé précédemment.

Chez un maniaque typique, on provoqua seulement une légère augmentation de la durée du sommeil.

Dans un autre cas d'excitation chez un oligophrène, les résultats furent nuls.

Hypocondrie

Une hypocondriaque, présentant par ailleurs des troubles hyperthyroïdiens, ne fut pas améliorée.

Psychose hallucinatoire chronique

Il s'agissait d'un état évoluant depuis 12 ans et s'accompagnant lorsque nous l'avons examiné d'une réaction dépressive.

Vers le quatrième ou cinquième jour, la malade se plaignait de se sentir plus nerveuse dans les six à sept heures qui suivaient l'injection. En même temps, les voix se faisaient plus fortes et plus grossières. Aux neuxième et dixième jours, se produisirent quelques discrets phénomènes de somnolence. Ils entraînèrent un sentiment de bien-être tel que la malade réclama pour la nuit la même piqûre que le matin. Elle disait s'accommoder mieux des propos que lui tenaient ses voix, qui se faisaient d'ailleurs plus discrètes. Le mari, voyant sa femme améliorée, la fit sortir du service, contre avis médical, au bout de quinze jours.

Parkinsoniens

Aucune action n'est à relever ni sur la rigidité, ni sur le tremblement. Par contre, chez deux malades affligées de crises oculogyres quotidiennes, on n'enregistra qu'une crise pendant les douze jours de traitement.

Nous résumerons nos résultats dans le tableau suivant :

Bons résultats :

7 déments.
1 mélancolique.

Résultats assez satisfaisants :

1 mélancolique.
1 psychose hallucinatoire chronique avec réaction dépressive.

Résultats favorables difficilement interprétables :

2 maniaques.
1 oligophrène déprimée.
1 catatonique.
5 parkinsoniens.

Résultats nuls :

5 déments.
2 schizophrènes avec épisodes impulsifs.
1 hypocondriaque.
1 oligophrène excité.
2 mélancolies involutives.

Aggravations :

1 hébéphrène.
1 catatonique.
1 mélancolique.

Ce tableau n'a, à nos yeux, qu'une valeur d'indication. Notre matériel clinique a été, à tout prendre, assez restreint et des essais ultérieurs sont nécessaires. D'autre part, il convient toujours à propos d'enquête de ce type de se rappeler les modifications spontanées et imprévues des états psychopathiques, l'importance des phénomènes de suggestion et l'influence souvent bénéfique d'un simple regain de sollicitude à l'endroit des malades. Nous avons essayé d'éliminer dans une certaine mesure ces facteurs en soumettant au traitement bon nombre de déments et en opérant, à l'insu de tout le monde, des substitutions du C.E.C. au C.N. et inversement.

En dépit de ces précautions et pour les raisons énoncées plus haut, une partie de nos résultats nous paraissent difficilement interprétables et nous ne les rapportons que pour servir de référence à d'autres recherches.

En ce qui concerne les échecs, nous croyons juste de souligner que nous avons eu affaire à des cas particulièrement défavorables, tous déjà traités sans succès par les méthodes classiques et considérés comme perdus.

L'examen des résultats jugés bons ou assez satisfaisants et des cas d'aggravation impose la constatation capitale que seul le C.E.C. s'est révélé actif.

L'action positive des acroagonines nous a semblé s'exercer sur l'agitation désordonnée sénile, sur l'anxiété et sur l'insomnie de type mélancolique ou maniaque ; elle a été moindre, mais encore sensible, sur l'excitation de certains schizophrènes. Ces effets encourageants en eux-mêmes prennent encore plus de valeur et permettent d'envisager l'utilisation pratique du C.E.C. si l'on songe que l'on a pu appliquer sans danger le traitement par les acroagonines à des sujets chez qui l'électrochoc était contre-indiqué. Ajoutons, sans vouloir en tirer aucune conclusion, que les malades améliorés présentaient en général un état physique plutôt médiocre. Notons, enfin, que, lorsqu'il y a un mieux, celui-ci se dessine vers le cinquième jour ; dans un seul cas, il est survenu seulement après une dizaine de jours.

A l'opposé, nous avons constaté trois cas d'aggravation nette. Pour deux de ces malades au moins, hospitalisés depuis longtemps, on peut en rendre responsable le traitement. Nous n'avons pu faire à propos de ces trois cas aucune remarque particulière, sinon que l'aggravation s'est accompagnée d'un fléchissement physique important et se manifesta également dès le cinquième jour.

Il n'a pas été possible d'établir un rapport entre les modifications mentales et les phénomènes neuro-végétatifs, notamment la céphalée et la somnolence, qui ont paru être l'apanage du C.E.C. Des cas ont été améliorés sans manifestations neuro-végétatives et, à l'inverse, celles-ci ont pu être marquées sans qu'il s'ensuive aucune modification mentale. On ne peut que signaler la fréquence et l'intensité des phénomènes végétatifs dans des états de dépression et d'excitation.

Conclusion

L'enquête clinique dont nous rapportons ici les résultats se situe dans le cadre des recherches poursuivies par Cerletti pour préciser l'action des acroagonines, substances dont il envisage la formation ou l'augmentation, sous l'effet de l'électrochoc, dans l'organisme entier, et notamment au sein de la masse cérébrale. Le produit expérimenté était une suspension aqueuse de cerveau de porcs électrochoqués (désignée par les initiales C.E.C.). Le traitement préalable des animaux et la préparation de la suspension ont été réalisés selon la technique mise au point par Cerletti de 1946 à 1952. On a utilisé, par ailleurs, à titre comparatif, une suspension de cerveau de porcs non-électrochoqués (désignée par les initiales C.N.).

L'administration intramusculaire de ces suspensions à l'homme s'est révélée d'une innocuité parfaite. On a pu réaliser, sans danger et sans découvrir de contre-indications particulières, 250 injections de C.N. et 450 injections de C.E.C. ; les doses quotidiennes étaient de 10 à 30 cc. ; certaines séries ont atteint 28 jours.

Au cours de ces traitements, nous avons observé un certain nombre de réactions physiques : variations thermiques, pondérales et tensionnelles ; fatigue, pâleur, frisson avec sensation de froid, piloérection, sudation et sensation de froid. Ces réactions sont provoquées par le C.E.C. et par le C.N. Elles sont cependant plus intenses et plus nombreuses avec le C.E.C. Par contre, la céphalée et la somnolence n'ont été produites que par le C.E.C. Dans deux cas seulement, des phénomènes neuro-végétatifs ont été assez inquiétants pour que l'on préfère interrompre la cure.

Les effets mentaux, obtenus sur les trente-sept malades retenus en définitive pour notre enquête, se répartissent en huit bons résultats, six résultats assez satisfaisants, neuf résultats satisfaisants, mais difficilement interprétables, onze échecs et trois

aggravations. Les améliorations portent essentiellement sur l'agitation désordonnée sénile, sur l'anxiété et sur l'insomnie de type mélancolique ou maniaque et, à un moindre degré, sur l'excitation de certains schizophrènes.

Cette enquête clinique ne représente aux yeux de Cerletti qu'un stade de l'étude des acroagonines. Il est à noter que les doses employées sont certainement faibles, puisque un cerveau de 100 gr. donne 1.000 cc. de suspension ; elles pourraient être augmentées sans dommage et peut-être avec profit. Par ailleurs, certaines fractions de la suspension sont vraisemblablement inactives et pourraient être éliminées ; dans l'état actuel de la question, on a préféré la suspension totale, de préparation simple, pour éviter toute dénaturation. Néanmoins, les résultats encourageants que nous avons enregistrés et l'innocuité du produit semblent faire des acroagonines une thérapeutique utilisable dès maintenant comme sédatif ou comme substitut de l'électrochoc lorsque celui-ci est contre-indiqué.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 14 novembre 1955
tenue à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard

Présidence : M. Paul ABÉLY, président

PRÉSENTATIONS

Expérience de rééducation psychomotrice chez des catatoniques chroniques, par M. P. Sivadon, Mme A. Baratgin et M. J. Lemaire (1).

Les catatoniques que nous envisageons ici sont tous des schizophrènes jeunes, internés depuis plusieurs années dans le service. Tous ont reçu depuis une dizaine d'années — malheureusement sans résultats — les grands traitements classiques de la schizophrénie ; cure de Sakel et différentes formes de sismothérapie. La plupart d'entre eux n'ont pu bénéficier d'aucune ergothérapie, ni, à plus forte raison, d'une psychothérapie, en raison de la gravité des troubles présentés, raideur catatonique, opposition très marquée et surtout impulsions.

Tout échange verbal, tout échange d'objets, tout échange social habituel étant impossibles en raison de la profondeur de la régression, la vie de relation du malade se limite pratiquement à une motilité rudimentaire. D'où la recherche d'une rééducation psychomotrice qui lui soit adaptée.

En général, l'opposition même du malade rendait la gymnastique impraticable d'emblée ; mais la mobilisation passive restait possible et permettait un premier contact sensible entre le thérapeute et le schizophrène. Au bout d'un nombre variable de séances, le contact affectif et physique étant installé, quelques mouvements actifs devien-

(1) Cette étude est le fruit des efforts persévérants des moniteurs de rééducation psychomotrice du Centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard : MM. Maton et Ducretot.

nent possibles, d'abord en leçons individuelles ; puis en petits groupes entre malades, le moniteur se retirant progressivement.

De la sorte, un certain nombre de malades, apparemment très perturbés dans leur comportement, ont pu sortir partiellement de leur autisme.

Nous ne citerons ici que des malades qui ne subissent actuellement qu'une rééducation psychomotrice isolée, à l'exclusion de toute autre thérapeutique, et après échec de tous les autres traitements classiques.

Quelques résultats sont assez encourageants.

Bernard T..., 26 ans. Apragmatisme. Catatonique. Impulsions. A son entrée dans le service en 1951, avait déjà subi : cure de Sakel, sismothérapie, et deux topectomies sans résultats.

Une cure de sommeil, puis une nouvelle cure de Sakel ont donné une amélioration transitoire, suivie d'une rechute nécessitant une alimentation par sonde. Après ces échecs, en juin 1952, on tente une rééducation psychomotrice isolée. L'amélioration est si rapide que le malade entreprend de nombreuses activités, et de la sorte délaisse quelque peu sa rééducation. En mars 1953, ses activités se ralentissent. Craignant une rechute, on lui fait subir une cure de sommeil qui ne fait que la précipiter.

Un an plus tard, on tente à nouveau une rééducation psychomotrice et deux mois après le malade, très amélioré, se sent à nouveau capable d'entreprendre d'autres activités qui lui font abandonner sa rééducation. Deux mois après l'abandon, c'est l'inertie totale avec refus alimentaire et gâtisme.

En mai 1955, une rééducation est à nouveau tentée et permet au malade, très vite amélioré, d'aller en permission.

L'amélioration persiste depuis cette époque, sans autre traitement.

Maurice C..., 25 ans, interné en décembre 1951 pour hébéphréno-catatonie avec impulsions sur fond de débilité mentale.

En juin 1953, insulinothérapie suivie de rééducation psychomotrice. Mais les séances sont irrégulières ; le malade présente des impulsions quand on ne vient pas le chercher pour les séances, ce qui amène à interrompre la rééducation.

En décembre 1954, prostration, mutisme et impulsions. On décide de le renvoyer tous les matins et très régulièrement à l'éducation physique.

Depuis ce temps, il n'a présenté absolument aucune impulsion et suit la gymnastique avec l'équipe supérieure. Le contact est très amélioré et le malade peut travailler aux ateliers d'ergothérapie.

Marc C..., 25 ans, interné en juin 1950 pour catatonie. Subit successivement une cure de sommeil, une insulinothérapie, enfin des chocs humides et du cardiazol. Tous ces traitements conduisent à une amélioration fort transitoire ; jusqu'en 1951 on le nourrit à la sonde.

En 1952, en désespoir de cause, on tente une rééducation psychomotrice, d'abord passive, puis active. Au bout de quelques mois, des échanges de balles deviennent possibles et, en 1953, il peut même participer à un groupe de danses folkloriques. Actuellement, en dehors des séances de rééducation, le malade est absolument prostré. Sitôt que la séance commence, il fait preuve

d'une adresse et d'une attention étonnantes. Un jour, il s'est même intégré spontanément à une équipe de gymnastique de haut niveau.

Jacques L..., 28 ans, interné en octobre 1946 pour schizophrénie avec mutisme. Après insulinothérapie, amélioration suivie de rechute en 1948.

En 1952, profondément catatonique, il subit des électro-chocs, qui donnent une amélioration transitoire. En 1953, l'inertie est totale.

En mars 1954, on commence la rééducation. Actuellement, le malade présente une plus grande souplesse et une plus grande spontanéité gestuelle, mais reste encore catatonique en dehors des séances auxquelles, pourtant, il s'intéresse vivement.

Ces cas, et quelques autres analogues, nous ont permis d'observer un certain nombre de faits cliniques. Le plus important et le plus manifeste est la disparition totale des impulsions tant que le malade est régulièrement suivi. Cette constatation est générale, valable pour tous les malades, même chez ceux qui ne présentent aucune autre amélioration apparente sur le plan clinique.

Nous citerons cependant à titre d'exception le cas de :

Michel R..., interné depuis 1948. Jusqu'en 1942, les traitements classiques et l'ergothérapie ont été tentés en vain. Dès qu'on le confie au moniteur d'éducation physique, les impulsions disparaissent. Mais un jour, en fin de séance, le malade frappe son moniteur au moment précis où ce dernier cesse de s'intéresser spécialement à lui.

Actuellement, son délire paranoïde persiste, mais Michel R... n'est absolument plus catatonique.

Un fait d'observation courante est l'attachement profond du malade à son moniteur. Ceux-là même qui manifestent une indifférence totale à tout leur entourage vont cependant donner la main à leur moniteur, et à lui seul. Le comportement des catatoniques pendant les séances est assez stéréotypé. Ils reproduisent gauchement les mouvements du moniteur. Au début, il n'y a pas d'apprentissage de conduite, pas d'acquisition psychomotrice véritable. Quand, après de longs et patients efforts, un certain apprentissage commence à faire sentir ses effets, le comportement du catatonique en voie d'amélioration reste très particulier, très guindé. Cependant, après un nombre suffisant de leçons, le catatonique présente de temps en temps des kinésies bien adaptées, aussi brèves que rares au début, puis de plus en plus fréquentes, qui donnent à son comportement un aspect moins monotone. Ce n'est qu'après un très grand nombre de séances que les gestes adaptés deviennent plus fréquents et que la conduite se normalise pendant les leçons.

Certes, peu de malades sont jusqu'ici arrivés à ce résultat, qui exige de la part du moniteur, non seulement un temps considérable, mais encore une très importante participation personnelle, affective et phy-

sique, et une grande persévérance dans son patient effort ; effort d'autant plus louable que les réactions du malade sont souvent déconcertantes. Plus d'une fois, une rechute plus ou moins longue a été observée, déclenchée, par une circonstance extérieure ou par les vacances du moniteur. D'autres fois, il suffit d'un contact un peu trop brutal au début pour faire replonger dans la catatonie le schizophrène qui commençait à participer à une activité.

Par quels moyens le thérapeute établit-il un contact avec le catatonique ? Très souvent, le manque total de participation de la part du malade l'oblige à recourir à une mobilisation manuelle d'abord passive. Il usera à nouveau de cette méthode lorsqu'il voudra faire comprendre directement au malade le sens de certains mouvements plus complexes. Plus tard, c'est par l'intermédiaire d'une activité ludique que l'on obtiendra la participation du malade et, en particulier, en utilisant un objet intermédiaire, par exemple ballon, corde à sauter, etc... Il semble qu'on ait intérêt, comme en ergothérapie, à utiliser des instruments simples, aussi primitifs que possible, dont la signification soit aisément sentie par le malade.

Au début, ce dernier reçoit et garde la balle, puis joue seul avec elle. Il la palpe, la retourne, et ce n'est qu'après l'avoir longuement perçue qu'il consent à la lancer. Plus tard, seulement, il est capable de la relancer. Cet échange symbolique d'objets est d'abord personnel, le catatonique ne rendant la balle qu'à son moniteur, avant d'en faire un jeu collectif.

Après les jeux de balle, les malades réapprennent la course. Au début, le moniteur doit les entraîner par la main, sinon, ils s'arrêtent et se figent. L'attitude reste anormale pendant la course, il n'y a pas de balancement automatique des bras, le corps conserve l'attitude figée qu'il a au repos. Beaucoup plus difficile que la course est, pour le catatonique, l'apprentissage du saut, que beaucoup d'entre eux ne parviennent pas à exécuter.

On leur fait encore réapprendre l'équilibre, ainsi que certains mouvements d'adresse. C'est au cours de ces mouvements plus complexes qu'on peut constater le retour progressif d'une mimique moins figée, plus adaptée à l'effort demandé.

Si la mobilisation musculaire (passive, puis active) représente une des méthodes privilégiées de la rééducation psychomotrice, d'autres moins élémentaires sont parfois utilisées. L'expérience nous a montré qu'une activité fortement rythmée est souvent capable de sortir le malade de son mutisme et de l'amener à une participation.

A un niveau un peu plus élevé, les danses folkloriques, où participent des malades très différents, peuvent permettre à certains catatoniques, habituellement inertes, de manifester rythmiquement leur aptitude à exécuter des mouvements coordonnés.

Un comportement plus curieux encore a été observé au cours d'une activité à laquelle les catatoniques ne peuvent habituellement parti-

ciper : le chant choral. Faute de place, la séance avait lieu dans un local où sont présents de nombreux malades. Au cours d'un chant fortement rythmé, un schizophrène catatonique, interné depuis plusieurs années, topectomisé, dont le comportement était, jusque-là, très autistique, marchant de long en large, muet et bavant, s'est d'abord tourné vers le groupe choral, puis s'y est joint peu à peu et a fini par y participer, pour reprendre son jeu autistique sitôt la séance terminée. Ce malade, repris en rééducation psychomotrice, a actuellement un bon contact. Il est capable de bénéficier d'une ergothérapie.

Par quel mécanisme agissent ces thérapeutiques psychomotrices ? L'hypothèse qui nous a guidé dans nos efforts, poursuivis depuis plusieurs années, est la suivante.

Le syndrome catatonique paraît correspondre à une inhibition plus ou moins complète des fonctions de relation. Si l'on admet que les systèmes fonctionnels sont d'autant plus labiles qu'ils sont plus récemment acquis, on peut en déduire que les modes de comportement les plus primitifs sont sans doute moins touchés par la vague d'inhibition que les modes de comportement plus évolués. Et, en fait, on peut constater que la catatonie réalise un mode fonctionnel régressif, rappelant celui des premiers mois de la vie. On peut donc espérer vaincre cette inhibition en proposant au sujet un mode d'activité faisant appel aux systèmes fonctionnels les plus solidement élaborés au cours de l'évolution de l'espèce, et qui se manifestent les premiers au cours du développement individuel : motricité élémentaire, relations interpersonnelles simples, contacts affectifs constants, échange d'objets sur un mode ludique, etc... Et l'expérience montre que c'est bien ainsi que se présentent les faits. Chez certains malades, cette levée de l'inhibition permet la reconquête de modes fonctionnels de plus en plus complexes, correspondant à des comportements de plus en plus différenciés, et dans quelques cas on a pu constater, après des mois d'effort, des améliorations considérables, qu'aucune autre thérapeutique n'avait permis d'obtenir. Dans tous les cas, on obtient au moins la disparition des inhibitions du système végétatif (cyanose, etc...), et celle des comportements les plus régressifs (gâtisme, impulsions).

Si cette étude ne porte que sur des sujets considérés comme totalement incurables, du fait de la longueur de l'évolution, et surtout de l'échec de toutes les thérapeutiques classiques, c'est afin de montrer que, même dans ces cas, un bénéfice très appréciable peut être obtenu par les méthodes de rééducation. Et ceci nous aide à comprendre que ces mêmes méthodes, appliquées à des cas moins désespérés, puissent contribuer de façon extrêmement active, par leur association aux thérapeutiques classiques, à l'amélioration et souvent à la guérison de beaucoup de malades. Une abondante expérience nous permet de l'affirmer, mais il n'est pas possible d'en administrer la preuve sur des cas spontanément curables ou accessibles à toute autre méthode de traitement. Nous ne songeons pas à nier l'irréversibilité de certai-

nes lésions, mais nous pensons que cette expérience démontre une fois de plus que les troubles fonctionnels débordent toujours très largement les lésions lorsqu'elles existent, et qu'une thérapeutique fonctionnelle permet dans les cas les plus désespérés des succès non négligeables.

Aspects techniques de l'ergothérapie de bas niveau, par MM. M. Schweich, E. Grin et R. Nicolle

Nous allons essayer de dégager quelques notions générales relatives à une expérience, encore limitée certes, mais dont les résultats sont suffisamment encourageants pour être poursuivis.

Nous nous adressons à des malades de *très bas niveau*, qui ne peuvent s'intégrer à aucune des formes habituelles d'ergothérapie.

Il ne s'agit pas de malades débiles intellectuels, ni neurologiques, mais de psychotiques, fixés à des stades très archaïques de la personnalité, qui ne peuvent s'intégrer à un groupe que sur un mode d'efficience caractéristique de leur structure.

Le problème n'est pas celui d'un ajustement statique, qui utiliserait seulement les restes.

Comme l'écrit P. Sivadon (1), « il ne s'agit pas de trouver le mode d'adaptation le plus favorable », mais de partir des bases profondes de la personnalité, de les raffermir en leur offrant la possibilité d'un comportement adapté à une ambiance adéquate. La personnalité s'organise à son niveau, pour progresser ensuite et se restructurer en fonction du milieu.

Nos malades sont tous des schizophrènes — la plupart à forme hébéphréno-catatonique — et nous insisterons sur l'importance de l'homogénéité du groupe, condition indispensable à l'intégration de chacun.

Voici un aperçu concret des activités de bas niveau, telles qu'elles fonctionnent au pavillon 5.

Nous avons réuni dans la salle de jour 10 à 12 malades, qui sont installés autour de trois tables juxtaposées, mais distinctes, formation supérieure à celle d'une table unique de même dimension. Plusieurs tables dispersées dans la salle ne donnent pas non plus de bons résultats ; les malades se dérangent pour venir se grouper en se serrant à une même table. Dans notre formation, les malades se répartissent en deux ou trois sous-groupes de 4 ou 5.

Les activités de table sont variées ; chaque sous-groupe exécute simultanément un travail différent.

(1) P. Sivadon : Psychopathologie du travail. In *Evolution psychiatrique*, 1952, n° 3, pp. 451-471.

Modelage avec la terre à modeler, bon moyen d'accrochage au début, avec ou sans modèle.

Le moniteur énumère souvent une série de sujets. Le malade choisit et exécute. Avec un nouvel arrivant, le moniteur s'installe à côté de lui et façonne lui-même un objet. Le malade se modèle sur ses gestes et crée à son tour. Les malades s'inspirent souvent les uns des autres. Les plus atteints ne font au début que de petits fragments, puis des boules, des cubes, avant de pouvoir passer à des êtres vivants ou à des objets à signification symbolique.

Raphia, également par groupes de quatre ou cinq. Les malades imitent le geste du moniteur, pour effectuer la tresse et le montage de petits animaux, qu'ils exécutent ensuite spontanément.

Dessin ou peinture spontanés ou copiés.

Confection de sacs en papier qui s'adresse à un sous-groupe plus étendu (six à sept). Un malade qui a atteint un niveau plus élevé prend les mesures et distribue le papier à ses camarades pour le pliage, le collage et vérification. Ces opérations sont plus ou moins décomposées, mais le cycle opérationnel est rapide et le malade participe à l'élaboration de l'objet fini qu'il a sous les yeux. Enfin, en le changeant de place, le moniteur fait participer le malade à toutes les opérations. Les rôles sont interchangeables et les mutations fréquentes.

Grâce aux gains réalisés par les commandes, l'atelier de bas niveau s'assure son autonomie, et cet aspect utilitaire n'est pas négligeable.

Les malades ont montré un intérêt surprenant pour cette activité. Certains lui doivent leur transformation clinique.

Vannerie et découpage de bois léger s'adressent à des malades ayant déjà acquis une certaine autonomie.

Les activités doivent être *variées,* simultanément réparties en deux ou trois sous-groupes. Elles doivent varier également pour chaque malade, qui passera ainsi du modelage au raphia, puis aux sacs, pour revenir ensuite au modelage, avec un intérêt nouveau et des réalisations différentes. *Les catatoniques se lassent très vite de faire la même chose.*

Il faut aussi parler des activités adjuvantes, telles que le ping-pong, qui comble le vide de la salle et rompt la monotonie (ce jeu convient aux malades instables, qui restent ainsi incorporés au groupe), les mouvements de culture physique matinaux, les promenades dans le parc, auxquelles les malades prennent un vif intérêt. Des catatoniques habituellement muets se mettent à converser avec leurs camarades. A la rentrée, les plus instables restent à leur table.

La collation, c'est le moniteur qui distribue le goûter et fait manger certains malades.

La distribution des cigarettes obtenues avec le pécule.

Nous ne parlons pas ici de la rééducation physique, technique spéciale d'activité de bas niveau, objet de la communication voisine.

Voici deux observations succinctes.

Observation 1. — S. J., 19 ans. Hébéphréno-catatonique, chez qui un traitement cardiazolique, électro-choc et électro-narcose effectués au début, avant l'entrée dans le service, n'enrayent pas l'évolution. Après une phase d'activité délirante mystique paranoïde, le malade se catatonise rapidement. C'est dans ces conditions qu'il est passé à l'atelier des bas niveaux du 5 (en avril 1955). Au début, il travaille très lentement, avec un rendement infime. Il fait — au modelage — un chien, et reproduit, identiques, les pattes cassées du modèle. Il s'améliore cliniquement, mais une maladie intercurrente interrompt le travail et provoque une rechute. Il s'améliore à nouveau ; sensible à l'intérêt que nous portons à ses travaux, il fabrique un petit service à thé et veut nous le montrer. Mais comme nous tardons à venir le voir, il le brise. Il pleure à sa table de travail et reste inactif. Les progrès reprennent avec le façonnage d'un deuxième service à thé, qu'il peut cette fois nous présenter. Dès lors, son amélioration s'accélère. Sa courbe de poids est impressionnante, il prend 13 kg. en quatre mois. Sa production s'enrichit ; il fabrique un pot, puis des cruches, dont l'une d'assez grande taille tient, enlacée dans ses anses, une cruche plus petite. Profitant d'un intérim de son moniteur, il passe à un atelier de raphia de niveau plus élevé, mais proche du 5, se sèvre du moniteur du 5 à l'occasion de vacances et continue à progresser dans son travail et cliniquement. Il va spécialement trouver son ancien moniteur, pour le remercier de tout ce qu'il a fait pour lui.

Observation 2. — J. D., 35 ans, hébéphréno-catatonique. Antérieurement traité par une cure de Sakel, qui donne une amélioration sans lendemain ; il entre dans le service fin mars 1955, avec un syndrome catatonique marqué. Mis à l'atelier du 5 en avril 1955, il s'améliore nettement en même temps qu'il s'intéresse à la confection de sacs en papier, parle spontanément avec ses camarades. En juin, on essaie de le passer à un atelier de niveau supérieur : aggravation rapide. Apragmatisme, catatonie, éléments dépressifs. Il reprend l'activité du 5 et s'améliore progressivement (juillet 1955). Il dessine un chien bizarre à cinq pattes qui boit à une écuelle. Modèle des animaux « à cinq pattes » et à organes sensoriels hypertrophiés. Les progrès restent partiels. Il passe cependant à la poterie, où il fait quelques progrès, mais subit un échec. Ramené au 5 avec une recrudescence de la catatonie, il s'améliore bientôt en modelant des animaux de crèche et une vierge. A l'occasion d'une absence de huit jours du moniteur, son visage se fige à nouveau, mais au retour de celui-ci il fait des progrès considérables grâce à l'activité des sacs en papier qu'il réclamait depuis longtemps. C'est lui qui distribue le travail à ses camarades, dont il s'individualise à une table à part. Il les encourage, s'adresse à un catatonique qui refusait de s'alimenter et réussit à ce qu'il se remette à manger. Il participe activement à la vie du pavillon, où il se sent indispensable, et réclame sa part des corvées. En même temps, il renoue avec l'extérieur des relations jusque-là redoutées.

Nous voyons ainsi se dessiner *l'importance du moniteur*, qui ne se borne pas à un rôle technique, mais engage sa personne dans le contact affectif qu'il établit avec le malade. Il doit être présent partout et pour tous en même temps. Il engage des relations personnelles avec chacun des malades qu'il encourage, pour lequel il montre de l'intérêt. Mais il ne se limite pas à tel ou tel malade, sinon les autres se sentent frustrés.

D'autre part, son rôle se prolonge bien au-delà de la table de travail. Il doit être omniscient, omnipotent. Tel malade qui s'était intégré et amélioré, rechute parce que le moniteur confesse qu'il doit se documenter sur un détail technique qu'il ignore.

On mesure l'importance de ce rôle affectif personnel du moniteur lorsqu'à son changement pour vacances les malades réagissent par le désintérêt au travail et parfois la rechute.

La participation affective dans le travail joue un rôle capital chez les bas-niveau. Ils ne demandent pas une activité automatisée, qui ne viendrait que se substituer à leurs stéréotypies, mais des gestes simples, itératifs, et pourtant personnalisés par la part affective qu'ils y prennent, grâce à l'intérêt du moniteur. Lorsque le malade prend exemple dans son travail sur le moniteur, il n'imite pas seulement les gestes nécessaires à l'objet, il s'identifie à la personne totale de celui-ci dans le milieu qu'ils partagent.

Ces activités de bas-niveau, telles que nous les avons décrites dans la réalisation concrète des objets, ne peuvent être un moyen de communication thérapeutique avec le monde extérieur que dans la mesure où le moniteur est là pour les comprendre et les valoriser.

Remarquons que cette thérapeutique se situe sur le plan préverbal qui convient à nos malades.

Nous n'insisterons pas à nouveau ici sur le rôle même du matériau malléable mutable, et de type archaïque, comme l'a si bien montré P. Sivadon.

L'art, le modelage, le dessin, servent surtout, comme l'ont fait remarquer Bergeron et Volmat (1), à manifester un renforcement du Moi, en même temps que le malade trouve dans cette activité même l'occasion de la synthèse du Moi en fonction du matériau et de l'entourage.

Au début, les dessins sont sans vie, stéréotypés. Puis le malade dessine, par exemple, des chiffres juxtaposés, des bonshommes qui se tiennent par la main et qui bientôt s'animent et s'individualisent. Les objets et les êtres qu'il modèle, d'abord informes, prennent corps et se perfectionnent, en même temps qu'il se sent la possibilité d'exister.

Insistons encore sur l'aspect utilitaire même de ces productions, en tout cas pas purement gratuites, puisque moyen de communication avec autrui.

Cette expérience du malade se fait *au sein d'un groupe,* dont le caractère primordial est l'homogénéité, qui va jusqu'à l'exclusion spontanée des éléments hétérogènes. Le groupe se forme comme une sorte de réseau, limité dans l'espace, puisque le lieu de travail se fait au lieu d'habitation, où chaque élément ne cherche pas à se différencier, ni à objectiver le voisin comme différent de lui-même et du groupe, mais s'y intégrant de façon indistincte. S'il se présente des

(1) M. Bergeron et R. Volmat : De la thérapeutique collective par l'art dans les maladies mentales. In *Encéphale*, 1952, pp. 143-211.

vides dans cette trame, où les éléments sont proches les uns des autres, tout l'ensemble s'en trouve compromis. Les malades ne travaillent plus bien, et sont instables. Lorsque la table est au contraire au complet, chacun s'adonne à son travail avec ardeur, les plus instables restent fixés.

Lorsque, parmi trois ou quatre malades particulièrement unis, l'un va moins bien, les autres suivent. Lorsque l'un de ceux-ci, au contraire, se détache trop du lot par ses progrès, les autres peuvent s'aggraver. Cependant, certains malades représentent un modèle d'identification bénéfique pour les autres.

Le groupe représente donc une symbiose, où les phénomènes de résonance se manifestent au maximum par l'intérêt commun pour l'objet.

Cependant, la trame est capable de différenciation : travail de ceux qui s'individualisent en progressant, tout en conservant au groupe sa cohérence, comme nous l'avons vu pour les sacs en papier.

Cette marche vers la différenciation et la conquête de l'autonomie s'amorce dans le groupe. Elle donne lieu à des manifestations anormales, parfois agressives, qui ne doivent pas en imposer pour des rechutes. Le problème du sevrage est (comme nous l'avons vu) très délicat chez ces personnalités très carencées. Il peut se réaliser grâce à un atelier proche.

Conclusion. — Nous avons voulu présenter une forme d'ergothérapie spéciale, réservée à des malades de très bas niveau, incapables d'activité spontanée.

Elle nous a paru constituer un moyen de traitement valable pour de grands catatoniques, abandonnés après échec de traitements biologiques réitérés, malades pour lesquels on obtient une sédation partielle mais appréciable des symptômes.

Elle a donné des résultats parfois spectaculaires chez des malades plus frais.

Ces essais nous paraissent, en tout cas, devoir être développés et généralisés.

Relations statistiques entre le sentiment de soif et la typologie du buveur interné, par MM. J. Dublineau et B. Honoré.

Le problème de la soif, chez le buveur, n'est pas envisagé avec tout l'intérêt qu'il mérite. Non seulement il y a dans la soif un fait biologique essentiel, soumis à des régulations contrôlées, mais encore la soif est l'un des plus variables parmi les besoins des individus.

Certains « n'ont jamais soif » (au moins en manière de parler). D'autres « ont toujours soif ». D'autres n'ont soif que par périodes. Enfin, le besoin de boire est assez souvent troublé par des traumatis-

mes céphaliques, et les antécédents craniens traumatiques sont fréquents chez les buveurs internés.

1. A ne s'en tenir qu'au tempérament général, et sans qu'il soit tenu compte de ces antécédents spéciaux, nous avons recherché comment s'explicite, suivant le type des buveurs, le sentiment de soif susceptible d'entrer en ligne de compte dans le mécanisme de l'intoxication.

A cet effet, nous avons demandé aux malades, entrant au service spécial, de répondre à la question suivante : *Avez-vous en général plus soif que les autres personnes ?*

Il faut remarquer que, dans cette enquête, on est parti uniquement d'un sentiment *subjectif*. Ce sentiment peut être faussé, non seulement par l'interprétation personnelle du sujet, mais encore, dans le cadre des malades placés, par un besoin de dissimulation, peut-être aussi une inconscience relative. Les renseignements fournis par les malades ne correspondent pas toujours à ceux que donnent les familles.

Nous en tenant toutefois à ce sentiment subjectif, et ne retenant que le caractère brut de la réponse, nous avons fait porter notre enquête sur 491 malades internés en 1953-1954. Parmi eux, 407, soit 83 %, répondent de façon nette par « oui » ou « non » à la question posée. Ils se répartissent ainsi : 82 répondent affirmativement (soit 17 %), et 325 négativement (soit 66 %) ; restent 84 sujets (soit 17 %), qui donnent des réponses ambivalentes.

Ce premier résultat est intéressant. On remarque le nombre considérable de sujets qui affirment ne pas avoir un sentiment de soif supérieur à celui des autres personnes.

Ce résultat suscite deux hypothèses : ou le buveur dissimule son sentiment de soif, pour des raisons psychologiques diverses ; ou il n'éprouve réellement qu'une soif modérée, et dans ce cas, ou bien la consommation de boisson alcoolique relève d'un mécanisme différent (le sujet buvant sans soif), ou bien le sujet a réellement peu soif et peu bu, et il est amené à l'hôpital pour des troubles qui relèvent plus de l'intolérance que des abus proprement dits.

Dans le cas du « boit-sans-soif » d'ailleurs, le problème biologique demeure, car il n'est pas donné à tout le monde de pouvoir « boire sans soif ». La capacité de dominer la répugnance liée à un volume excessif de boisson, constitue déjà une particularité biologique.

2. Nous avons calculé la corrélation entre les valeurs typologiques des individus et le type de réponse pour les 407 sujets ayant donné une réponse catégorique.

Les corrélations obtenues sont les suivantes pour chacun des facteurs :

Athlétoïde (A) ...	$+.07 \pm .05$	Pycnoïde (P)	$-.06 \pm .05$
Asthénoïde (α) ...	$-.10 \pm .05$	Plattoïde (1) (π)..	$+.03 \pm .05$

(1) Ou « rétracté ».

Ces corrélations sont faibles et il n'y en a qu'une qui soit significative, celle qui concerne le facteur asthénoïde α (1).

Toutefois, comme on le voit, l'écart entre les corrélations établies pour les facteurs A et α est plus grand qu'entre celles qui s'établissent pour les facteurs P et π. En d'autres termes, *on observe une tendance à l'accentuation du sentiment de soif chez les sujets de structure athlétoïde, et surtout une réduction de ce sentiment chez les sujets à structure asthénoïde.*

Ce résultat est conforme à la prévision clinique et paraît assez net pour être retenu. Il semble aller indirectement de pair avec le fait que certaines professions, qui suscitent le besoin de boire, sont des travaux de force, impliquant une structure robuste : il s'agit souvent là d'un alcoolisme professionnel. Dans d'autres cas, au contraire, l'alcoolisme revêt une forme plus névrotique que sociale.

Relations statistiques entre certains malaises fonctionnels et la typologie du buveur interné, par MM. J. Dublineau et B. Honoré.

Dans une publication antérieure, l'un de nous, avec M. R. Angelergues, a proposé un questionnaire standard pour les buveurs internés au Service spécial du département de la Seine (*Archives de médecine sociale,* 1948).

Les questions sont groupées en catégories et ont pour but d'explorer les différents secteurs du champ somatique, psychologique et social du sujet. D'une manière générale, les malades acceptent volontiers ce questionnaire, qui les amène à préciser les éléments de leur situation actuelle.

Nous avons étudié, pour 491 malades passés au service spécial en 1953-1954, les réponses faites aux questions suivantes.

1. *Avez-vous déjà été soigné pour le foie ?*
2. *Avez-vous déjà été soigné pour l'estomac ?*
3. *Avez-vous déjà été soigné pour les nerfs ?*

En somme, ces questions se rapportent aux antécédents ayant nécessité un traitement. A première vue, elles paraissent assez vagues, et à base essentiellement somatique. En fait, elles explorent une situation globale où intervient un ensemble de processus complexes.

Le malade, en effet, a ressenti un trouble qu'il a plus ou moins localisé, et qui l'a décidé à consulter. Quelle que soit la valeur objective de ce trouble, le médecin, par son diagnostic et son traitement, a confirmé la réalité du trouble et en a fourni au sujet une localisation

(1) Il faut tenir compte toutefois de la possibilité d'une dissimulation du sentiment de soif, qui doit faire considérer le chiffre comme vraisemblablement plus marqué.

plus ou moins précise : c'est cette situation que le sujet explicite en répondant aux question ci-dessus. Ce sont les réponses à ces questions qui ont été mises en corrélation avec les composantes typologiques des sujets.

Etude statistique globale. — Respectivement, 471, 473 et 471 sujets donnent des réponses catégoriques aux questions envisagées (1, 2 et 3), soit 96 %.

Ces réponses se répartissent ainsi :

	oui	*non*
Foie	116, soit 24 %	355, soit 72 %
Estomac	104, — 21 %	369, — 75 %
Nerfs	113, — 23 %	358, — 73 %

Certains des sujets n'ont répondu positivement que pour une seule des trois questions : 59 pour le foie, 54 pour l'estomac, 58 pour les nerfs.

D'autres ont répondu oui à deux des questions : 27 pour foie et nerfs, 17 pour foie et estomac, 14 pour estomac et nerfs.

Enfin, certains sujets ont répondu dans les mêmes termes aux trois questions : 227 ont répondu non, 14 ont répondu oui.

Corrélations entre les réponses au questionnaire et les composantes typologiques. — Les corrélations entre les valeurs typologiques des individus et le type de réponses aux trois questions retenues plus haut, ont été établies pour les sujets ayant donné des réponses catégoriques, c'est-à-dire, comme l'indique la statistique ci-dessus, pour les questions 1 et 3 : 471 sujets, pour la question 2 : 473 sujets.

L'étude morphométrique a été menée suivant la technique en usage dans le service (1). Les corrélations ont été calculées suivant la méthode du « *r* bis », en mettant en parallèle les valeurs morpho-typologiques, avec la nature (négative ou positive) des réponses pour chaque question posée.

Nous rappelons que ces valeurs se calculent à partir des écarts réduits pour des indices morphologiques déterminés, et se répartissent dans notre perspective en deux groupes de facteurs : valeurs d'*affirmation* (positives, état athlétoïde A ; négatives, état asthénoïde α), valeurs d'*adaptation* (hyperadaptatives, état pycnique P ; hypoadaptatives, état rétracté π).

1) Comparaison entre deux groupes de sujets. — Nous avons envisagé d'abord, pour les comparer entre eux, deux groupes de malades : d'une part, ceux qui répondent non globalement aux trois questions, et, d'autre part, ceux qui répondent oui pour une ou plusieurs des

(1) J. Dublineau : « Le problème typologique en psychiatrie ». *Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Niort, 1947, 1 vol., Masson, et *Annales médico-pychologiques (passim)*.

questions. Entre ces deux groupes de sujets, la corrélation n'est significative pour aucun des quatre facteurs typologiques considérés. C'est ce que montre le tableau suivant, dans lequel N^1 désigne le nombre de sujets ayant répondu non, N^2 le nombre de sujets ayant donné une ou plusieurs réponses positives (pour des raisons de commodité, nous n'avons retenu en effet, pour A et α, que des échantillonnages réduits).

a) *Valeurs d'affirmation* ($N^1 = 135$; $N^2 = 184$).

A ..... —.016 ±.07
α ..... —.089 ±.07

b) *Valeurs d'adaptation* ($N^1 = 224$; $N^2 = 271$).

P ..... +. 05 ±.05
π ..... —.073 ±.05

2) Corrélations entre chaque réponse et les facteurs typologiques. — En considérant les questions isolément, les corrélations sont les suivantes pour chacun des facteurs.

Question 1 : Avez-vous déjà été soigné pour le foie ?

A ..... +.03 ±.05 P ..... —.04 ±.05
α ..... +.05 ±.05 π ..... —.06 ±.05

Question 2 : Avez-vous déjà été soigné pour l'estomac ?

A ..... —.07 ±.05 P ..... —.01 ±.05
α ..... +.06 ±.05 π ..... +.03 ±.05

Question 3 : Avez-vous déjà été soigné pour les nerfs ?

A ..... —.05 ±.05 P ..... —.13 ±.05
α ..... +.04 ±.05 π ..... —.03 ±.05

Comme on le voit, les corrélations sont faibles et la plupart ne sont pas significatives.

Toutefois, l'analyse des résultats permet de dégager quelques données intéressantes. Pour la question 3, la corrélation la plus forte (et statistiquement significative) est négative et concerne le pycnoïde. Le pycnoïde serait donc moins souvent soigné pour les nerfs que le rétracté et que les sujets ayant une prédominance athlétoïde ou asthénoïde. Ce résultat peut être interprété dans la ligne générale, qu'il est possible de reconnaître au pycnoïde, par opposition au rétracté. On peut considérer en effet que le pycnoïde, sujet extéroceptif, psychologiquement syntone, adaptable au milieu, en concordance avec ce dernier, n'a pas à souffrir de son système nerveux, lequel figure en somme l'agent de liaison avec le milieu.

Au contraire le rétracté, de par les difficultés qu'il présente à s'adapter au milieu, et en vertu même du conflit qui l'y oppose, « sent » beaucoup plus facilement ses nerfs, d'où sa rétraction vis-à-

vis de l'ambiance. Toutefois, cette notion clinique ne se retrouve pas sur le plan du calcul ; les valeurs obtenues pour le rétracté sont pratiquement nulles, et, en tout cas, non significatives (1). Elles ne prennent leur valeur (mais elles la prennent) que par comparaison avec les valeurs obtenues pour le pycnoïde. Il est assez remarquable, d'autre part, que le signe des corrélations soit confirmé par le caractère (statistiquement non significatif) des résultats relatifs aux valeurs d'affirmation. Dans ces dernières, la corrélation tend en effet à la négativité chez l'athlétoïde, et à la positivité chez l'asthénoïde : résultats conformes à la probabilité clinique.

Pour ce qui concerne les questions 1 et 2, l'absence de corrélation, si elle est confirmée par des recherches ultérieures, devrait mener à la conclusion que les phénomènes *subjectifs* hépatiques et gastriques ne sont pas liés de façon significative à tel ou tel type morphologique. Mais elle laisse bien entendu intacte la question de savoir s'il existe une relation *objective* entre les fonctions des organes en cause et les facteurs typologiques considérés.

En conclusion, chez les buveurs internés :

1° Il n'existe pas de différence significative entre les sujets qui n'ont pas eu lieu de se faire traiter sur le plan neurodigestif, et ceux qui ont eu lieu de l'être pour les nerfs, l'estomac ou le foie (isolément ou conjointement).

2° Il n'a pas été trouvé de corrélation significative entre les antécédents *subjectifs* hépato-gastriques et les facteurs typologiques.

3° Par contre, c'est chez le pycnoïde qu'on trouve le plus grand nombre de sujets n'ayant pas eu dans le passé à se plaindre de « leurs nerfs », cette expression étant entendue dans le sens le plus général et le plus populaire du mot. Cette notion est importante. Elle apporte une contribution au problème de l'orientation sensorio-perceptive dans ses rapports avec les facteurs typologiques.

Résultats favorables obtenus par les neuroleptiques dans les psychoses de fâcheux pronostic, par MM. J. Rondepierre, P.-H. Hivert, B. Honoré et S. Vaugelade (*).

Il ne saurait être question pour nous de reprendre les différents chapitres de l'étude, dès à présent très avancée, des neuroleptiques. Un important volume relatera bientôt toutes les communications du Congrès de Paris, qui leur fut consacré, sous la présidence du Pr Jean

(1) Il faut tenir compte cependant d'une possibilité de dissimulation des troubles subjectifs qui doit faire considérer le chiffre comme vraisemblablement positif.

(*) Nous remercions nos deux internes bénévoles MM. Djahandchahi et Wilkin de leur précieuse collaboration.

Delay. Nous voulons seulement montrer ici, par quelques observations typiques, que des psychoses, jusqu'ici considérées comme incurables, sont entrées en excellente rémission, et c'est cette constatation qui constitue le fait le plus intéressant dans cette nouvelle découverte, d'abord en nous apportant l'immense satisfaction de guérir mieux et plus, et, ensuite, en nous faisant miroiter l'espoir d'une meilleure compréhension des mécanismes neurophysiologiques.

Nos observations se répartissent ainsi : psychoses hallucinatoires chroniques 3 cas, délire de persécution 1 cas, schizophrénies 8 cas.

Observation 1. — Mme Kow., 49 ans. Psychose hallucinatoire chronique chez une transplantée. Premier épisode pathologique il y a cinq ans : tentative de suicide sans aucun prodrome. Elle est redevenue apparemment normale après un séjour de deux mois à la campagne.

Depuis quelques mois, réapparition des troubles de la conduite. Elle passait de longues heures devant la glace à se regarder ; elle entretenait des thèmes délirants contre les voisins, qui lui auraient voulu du mal ; elle restait couchée le jour et marchait la nuit.

Plus récemment, apparition d'hallucinations auditives ; idées franches de persécution : on l'injuriait, on la menaçait, on la traitait de folle. Elle avait des périodes d'agitation avec cris, injures, menaces, alternant avec des périodes de mutisme avec opposition et refus d'aliments.

Traitée par huit électro-chocs sans résultat, elle est placée dans le service en janvier 1955. Elle est réticente, présente des troubles mnésiques importants, nie les phénomènes psycho-sensoriels antérieurs et extériorise une certaine agressivité contre son mari. Une cure de Sakel de 60 comas et une série d'électro-chocs sont sans résultat. On lui commença un traitement au largactil en juillet, à la dose de 400 mgr. Les deux mois suivants, son état alla en s'améliorant et elle put fréquenter l'ergothérapie.

En octobre, son comportement put être considéré comme normal. Elle gardait une conscience partielle des phénomènes morbides antérieurs, n'avait plus d'hallucinations. Son agressivité avait disparu. Subsistaient un fond puéril, des minauderies, une certaine labilité de l'humeur. Elle est sortie fin octobre 1955.

Recul : deux semaines. Echec de la cure de Sakel, rémission par la chlorpromazine.

Observation 2. — Mme Han..., 46 ans. Psychose hallucinatoire chronique. Quatre séjours dans le service depuis 1952. Lors de ses trois premiers placements, elle présentait un tableau de mélancolie stuporeuse, rapidement amélioré par quelques séances d'électro-chocs. Cependant, hospitalisée pour la quatrième fois, le 8 octobre 1954, elle avoue un syndrome d'automatisme mental, un sentiment d'influence, des hallucinations auditives, olfactives et cénesthésiques. Une cure de Sakel (60 comas), suivie de 13 électronarcoses, améliore le comportement de la malade mais reste sans action sur les idées délirantes et les hallucinations. Sous l'effet du largactil, 150 mgr. par jour pendant trois mois, le délire est dépouillé progressivement de toute participation affective et la malade sort le 8-7-1955 avec un traitement d'entretien. Depuis sa sortie, elle présente une activité familiale et sociale absolument normale.

Recul : 4 mois 1/2. La cure de Sakel a peut-être « potentialisé » la chlorpromazine, qui fut si souvent présentée comme un catalyseur !

Observation 3. — M. Mon..., 47 ans. Psychose hallucinatoire chronique. Hallucinations auditives et cénesthésiques de la sphère génitale, syndrome d'automatisme mental, idées délirantes peu systématisées à thème sexuel : il est en butte aux avances de sa voisine. Traité au Val-de-Grâce en avril 1954 par cure de Sakel, son état s'améliore pendant quelques mois, mais une reprise des troubles rend nécessaire son internement dans le service le 27-6-1955. On y pratique d'abord un traitement par six électro-narcoses, qui entraîne la disparition des hallucinations, mais laisse subsister les idées délirantes (1). Le malade reçoit alors du largactil (800 mgr. par jour pendant un mois, puis doses progressivement décroissantes pendant vingt jours). Sous l'effet de ce traitement, il abandonne entièrement ses idées délirantes. Il sort guéri le 6-10-1955, quatre semaines après cessation du traitement.

Meilleur résultat qu'avec l'insuline. Recul : deux mois.

Observation 4. — Mme Den..., 63 ans. Délire chronique de persécution. Premiers symptômes apparus en 1942 à la suite de la constatation de dégâts matériels causés par les Allemands à son pavillon. Délire particulièrement actif depuis quelques semaines.

L'élément essentiel est une « suggestion » permettant à tout le voisinage de se tenir au courant de ce qu'elle lit, de ce qu'elle fait et pense. Manifestations cénestopathiques lorsque la pensée des gens est en désaccord avec la sienne. Agressivité réactionnelle, insultes à l'entourage, menaces, accusations diverses. Reproches et revendications à l'égard du mari.

Recevant 150 mgr. de chlorpromazine pendant un mois, elle est restée, pendant cette période, réticente, geignante, indifférente, refusant toute compagnie, semblant en proie à une activité psycho-sensorielle pathologique qui, toutefois, n'a jamais été mise en évidence de façon décisive.

La dose de largactil ayant été portée à 250 puis 300 mgr. (dose maxima car tension artérielle relativement basse), les deux mois suivants, on vit réapparaître chez elle une certaine sociabilité, avec disparition des cénestopathies et des propos délirants et une adaptation au service, où elle envisage de passer l'hiver sans se soucier d'un retour éventuel chez elle. Rendue à son mari après trois mois dans le service.

Echec avec 150 mgr. Intérêt de donner 300 mgr. *pro die*. A noter la date de début (1942), mais qui n'avait entraîné que récemment une plainte collective des voisins. Recul : 17 jours.

Observation 5. — Mlle Cha..., 42 ans. Entre dans le service le 28-6-1955 pour délire paranoïde évoluant depuis plus de deux ans. A déjà subi une cure de Sakel en 1952. A son entrée, elle présente des hallucinations auditives, un automatisme mental, un sentiment d'influence, des idées de persécution mal systématisées. « Sa famille cherche à agir sur elle, à la faire « passer pour plus âgée qu'elle ne l'est. » La malade est mise au traitement par le largactil (300-500 mgr.) pendant trois mois. Progressivement, on assiste à la disparition complète des hallucinations et à la critique totale des idées délirantes, et la malade sort complètement guérie le 8-10-1955.

(1) Constatation devenue pour nous banale par sa fréquence.

Recul : un mois et demi. (Il est à signaler que cette malade a présenté un syndrome parkinsonien à forme hypertonique au cours du traitement).

Observation 6. — Mme Leg..., 23 ans. Etat dissociatif. Début des troubles en octobre 1954. Entrée à la maison de santé d'Epinay pour un état anxieux avec idées délirantes multiples, où dominaient les idées du type mélancolique (auto-accusation, indignité, crainte qu'on lui fasse du mal à cause de ses méfaits). Elle en est sortie améliorée par 8 électro-chocs mais a rechuté trois jours après ; une nouvelle série de chocs l'améliore à nouveau et lui permet de ressortir. Rechute encore dix jours après ; elle est réadmise à la maison de santé d'Epinay, d'où elle est transférée au début de janvier à Ville-Evrard. Elle se présentait en état de stupeur avec mutisme et air anxieux et extériorisait quelques idées de culpabilité ; elle ne semblait pas avoir d'activité psycho-sensorielle pathologique. Dix électro-narcoses amenèrent une amélioration passagère ; une cure de Sakel (60 comas) est alors entreprise avec électro-chocs (12) et cardiazol (9) intriqués.

Une nouvelle amélioration est encore suivie de rechute. Elle se présente alors dans un état de dissociation caractéristique avec désorientation, agitation, hallucinations auditives, apragmatisme. Mise à 150 mgr. de chlorpromazine en mai 1955, son état est allé en s'améliorant progressivement. Une permission de dix jours s'est bien déroulée. Elle est sortie définitivement en août 1955.

Recul : trois mois. L'intérêt de cette observation réside dans le fait que la chlorpromazine a été efficace après échec d'une cure de Sakel.

Observation 7. — Mme Seg... Etat dissociatif. Début des troubles en 1945 (à la suite du suicide de son mari) par une crise dépressive qui a très bien cédé à six électro-chocs. Elle a eu deux autres accès dépressifs avec agressivité en 1947 et 1949.

En 1951, dans l'alternance de manifestations maniaques et dépressives, apparition de phénomènes psycho-sensoriels pathologiques, auditifs et olfactifs ; 11 électro-chocs amenèrent une rémission passagère.

Elle est entrée pour la première fois à la maison de santé en 1952 : syndrome de dépersonnalisation, bradypsychie (électro-encéphalogramme et encéphalographie gazeuse normaux), catatonie, inhibition. Une série d'électro-narcoses n'a pas donné de résultat. Son état fut par contre amélioré par 19 comas insuliniques et elle put sortir en juin 1952.

Elle revint le 15 octobre dans le même état que la première fois. Une cure de Sakel de 57 comas et 10 électro-chocs intriqués ont permis de nouveau la sortie.

Nouvelle rechute en décembre de la même année. Comme lors du précédent séjour, des comas insuliniques amenèrent rapidement une sédation des troubles et elle est ressortie en février 1954. Après une convalescence, elle vécut chez elle avec ses enfants jusqu'en juillet 1955, date à laquelle elle revint à la maison de santé. Elle présentait toujours le même tableau dissociatif, était très inhibée, maniérée, discordante, indifférente. Elle a alors été traitée par la chlorpromazine (250 mgr.), associée à 4 séances d'électro-narcoses. Son état s'est amélioré. Elle est sortie avec un comportement normal après six semaines de traitement.

Recul : deux mois et demi. Syndrome parkinsonien au cours du traitement, qui ne fut pas interrompu de ce fait (doses diminuées seulement).

Début il y a dix ans, mais qualité si exceptionnelle des rémissions qu'elle faisait douter du diagnostic.

Observation 8. — Mme Dam..., 36 ans. Etat dissociatif. Changement de caractère vers 1942 : apparition de bizarreries, ambivalence de la conduite ; pseudo-collaboration en même temps que fréquentation de milieux gaullistes, intérêt à l'astrologie, intrigues amoureuses. Difficultés familiales consécutives : interactions conjugales, agressivité marquée envers une mère castratrice.

Fin juin 1954 : troubles importants du comportement (mensonges, déformation des faits, ésotérisme) nécessitant l'entrée en clinique (Dr Buvat). Elle est sortie apparemment améliorée par une série d'électro-chocs.

Quelques jours après, elle aurait extériorisé une activité psycho-sensorielle pathologique : hallucinations auditives, idées d'empoisonnement, odeurs.

Elle est entrée dans le service en novembre 1954. Subréticence, désintérêt, aspect lointain, indifférence affective, discordances, rires immotivés, apragmatisme, agressivité et reproches à l'égard de la mère. Hallucinations non mises en évidence. Quelques jours après, état de subexcitation, conduite désordonnée, actes discordants, incohérences.

Une série d'électro-narcoses amena une rémission passagère des troubles. Une cure de Sakel ne donna pas de meilleur résultat. Une nouvelle série d'électro-narcoses eut, de nouveau, plus de succès. On envisagea alors un essai de réadaptation à l'extérieur ; il demeura impossible à cause d'une nouvelle rechute. Elle eut encore 3 électro-narcoses et fut soumise au traitement par 200 mgr. de largactil en août 1955 et maintenue à cette dose. Son état s'améliora et devint stationnaire. On tenta alors de la rendre à son mari. Elle est sortie du service début octobre 1955.

Revue le 24, on a pu constater que l'amélioration est allée en s'affirmant et qu'elle offrait toutes les apparences de la guérison.

Recul : un mois.

Observation 9. — Mlle God..., 27 ans. Schizophrène hospitalisée dans le service le 30 janvier 1955. Troubles psychiques depuis l'âge de 18 ans ! Anorexie mentale en 1945-1946, bizarreries du comportement, instabilité professionnelle. En 1952, la malade présente un épisode hallucinatoire auditif, résolu par 7 séances d'électro-chocs. Elle a fait, depuis 1954, divers séjours en maison de santé nécessités par des troubles marqués du comportement et l'apparition d'idées délirantes relatives à un fiancé imaginaire qu'elle décrit avec précision. Hallucinations visuelles. Dans le service, elle subit d'abord une cure de Sakel (60 comas) avec 6 électro-chocs intriqués. Son comportement s'améliore mais le délire reste inchangé. Un traitement par le largactil est institué fin mai 1955 (300 mgr. pendant un mois puis 200 mgr.). Après cinq semaines de ce traitement, on note la disparition des hallucinations auditives. Puis, progressivement, la malade critique entièrement son délire. Elle part le 8 août 1955 en maison de convalescence, en continuant un traitement de 150 mgr. par jour. La guérison se maintient jusqu'à ce jour.

Recul : trois mois et demi.

Observation 10. — M. Dug..., 27 ans. Interné dans le service le 22-10-1954 pour schizophrénie récente. Présente à son entrée des hallucinations audi-

tives, des idées délirantes de persécution et de puissance, un sentiment d'influence, des crises d'agitation psycho-motrice. Une cure de Sakel (60 comas) avec 10 chocs intriqués ne provoque qu'une amélioration de courte durée. De même, 19 électro-narcoses et 23 injections de cardiazol pratiqués entre février et mai 1955 n'entraînent que des rémissions ne dépassant guère la durée du traitement. On institue alors une thérapeutique par le largactil (400 mgr. par jour pendant deux mois), qui fait disparaître rapidement les hallucinations et améliore le comportement, permettant le transfert en service libre.

Le malade sort le 17 juillet 1955. Il conserve une partie de ses idées délirantes mais ne les exprime pas spontanément et paraît ne pas leur accorder beaucoup d'importance.

Ce sont de tels cas où le malade compose avec ses hallucinations et peut mener une vie normale en liberté — bien qu'il ne soit pas guéri — qui ont fait comparer la chlorpromazine à la leucotomie, mais que de raisons n'avons-nous pas de la lui préférer !

Observation 11. — Mlle Mas..., 34 ans, docteur en médecine. Etat dissociatif. Les troubles ont débuté en 1950 essentiellement par de la scriptorrhée, de l'agressivité et un sentiment de malveillance ambiante. 7 électrochocs ne donnèrent pas de résultat, mais elle put être considérée comme guérie après 43 comas, dont quelques-uns intriqués au cardiazol.

Un an après, des idées d'incapacité marquèrent le début d'une rechute. Elle fit alors une tentative de suicide par défénestration et se brisa les deux pieds. Elle subit une nouvelle cure d'insuline qui l'améliora à nouveau.

Ce fut ensuite une alternance de périodes de rémission et de périodes d'agressivité qui, chaque fois, cédaient à quelques séances d'électro-narcose.

C'est depuis un an que son état s'est particulièrement aggravé et, en novembre 1954, elle est entrée dans le service présentant un syndrome hébéphréno-catatonique avec discordances, barrages et interruption de la pensée, interprétations et intuitions délirantes multiples, hypocondrie, agressivité, hostilité, impulsions violentes. Aucune amélioration ne fut obtenue par une série d'électro-narcoses. Elle a, par contre, été considérablement améliorée par une cure de chlorpromazine à la dose de 150 mgr.

Elle est sortie en avril 1955, continuant à prendre 75 mgr. Nous l'avons revue plusieurs fois depuis et son état offre toutes les apparences de la et psychiatriques de Mlle M..., qui lui permettent une critique minutieuse de guérison.

Résultat particulièrement intéressant du fait des connaissances médicales son cas.

Observation 12. — M. Duf..., 26 ans. Hospitalisé le 30 janvier 1955 pour schizophrénie évoluant depuis 1950 au moins et traité à deux reprises et sans succès par cures de Sakel. Présentait à son entrée des troubles graves du cours de la pensée, un apragmatisme total, des réactions impulsives, des idées délirantes mal systématisées de persécution et probablement des hallucinations auditives. 20 électro-narcoses et 2 électro-chocs prolongés restent sans effet. Le malade reçoit alors deux cures successives de largactil du 23 mai au 27 juin jusqu'à 500 mgr., et du 9 juillet au 19 septembre des doses croissantes jusqu'à 800 mgr. puis décroissantes jusqu'à 100 mgr. Pen-

dant ce traitement, on assiste progressivement à une rémission des troubles. Disparition des idées délirantes, reprise d'une activité normale dans le cadre du service, amélioration considérable des troubles du cours de la pensée, comme le prouvent deux tests de Terman pratiqués avant et pendant le traitement :

Le 1er, du 13 février, indique un quotient intellectuel à.. 0,84
Le 2e, du 19 juillet, indique un quotient intellectuel à.. 1,01

L'amélioration s'est maintenue jusqu'à ce jour, alors que le malade ne reçoit plus de largactil depuis le 20 septembre.

Ce cas montre bien qu'on ne peut se fier aveuglément aux tests psychologiques pour apprécier un déficit intellectuel chez les schizophrènes mais qu'on peut cependant en obtenir des renseignements utiles.

Nos observations confirment la relative fréquence des accidents du type Parkinson (1), mais aussi leur bénignité. L'âge ne semble pas un facteur prédisposant : c'est probablement par hasard que nos parkinsonisées, toutes des femmes, avaient environ 40 ans. Dans les cas rebelles, l'association des électrochocs, ou surtout des électronarcoses, aux narcoleptiques, semble donner de bons effets. Nous n'avons pas voulu présenter ces observations au Congrès d'octobre, en raison du faible recul depuis la sortie dans la plupart de nos observations, mais nous pensons qu'entre collègues nous avons le devoir de nous communiquer de tels résultats, l'ensemble de nos malades guéris, ou semblant tels, devant imposer notre conviction personnelle aux sceptiques et susciter de nouvelles recherches.

La séance est levée à 12 heures 30.

Le secrétaire général :
Dr Xavier Abély.

(1) 3 sur 128, 83 femmes et 45 hommes ; nous n'avons retenu que les cures de 2 à 3 mois, d'au moins 100 milligrammes.

Séance du 28 novembre 1955

Présidence : M. Paul ABÉLY, président

En ouvrant la séance, le président salue la présence de M. le professeur A.-M. Fiamberti, *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Thérapeutiques récentes du delirium tremens. Utilisation d'un nouveau dérivé des cortico-stéroïdes : « Le succinate de 21-hydroxy-pregnandione », par MM. R. Coirault, H. Laborit, R. Damasio, J. Hainaut, B. Weber, A. Missenard et B. Jolivet (du Val-de-Grâce).

Des recherches que nous poursuivons depuis deux ans, nous ne pouvons offrir que quelques idées directrices, qui nous ont conduit à une thérapeutique que nous croyons justifiée, non seulement quant aux résultats, mais encore quant aux constantes biologiques, que nous avons cherché à préciser et corriger. Actuellement, grâce au stéroïde anesthésique, nous pouvons guérir en quarante-huit heures à trois jours un delirium tremens sans de réelles difficultés. Les détails de nos recherches et nos résultats sont exposés dans la thèse de l'un de nous (1).

Des articles très nombreux traitent des délires aigus, et surtout du delirium tremens. Ces articles portent presque exclusivement sur le traitement, l'étude clinique paraissant bien définie une fois pour toutes.

Or, il semble bien que l'on ne parle pas toujours de la même chose. On mélange volontiers délire aigu, bouffée confuso-onirique et delirium tremens. Ces considérations expliquent sans doute que les statistiques de guérison sont si discordantes.

A titre d'exemple, nous avons eu la curiosité d'étudier ces statistiques. Le pourcentage de mortalité va de 8 à 40 %. Ces étonnantes divergences ne sont pas propres à ces dernières années, puisqu'en 1874 Magnan parlait « de ces statistiques si extraordinaires dans les-

(1) *Thèse*, J. Hainaut, Paris, décembre 1955.

quelles on voit d'un côté une mortalité effroyable, et, d'autre part, bien au contraire, une bénignité qui étonne... ».

On parle, pour ne donner qu'un exemple, de delirium léger, qu'il nous semble bien difficile de différencier d'une bouffée confuso-onirique accentuée. A l'opposé, on a parlé de delirium tremens chronique.

La délimitation du delirium tremens doit se faire essentiellement avec les délires alcooliques subaigus. Le delirium tremens est une association de délire confuso-onirique, troubles psychomoteurs, syndrome neurovégétatif.

Le délire confuso-onrique n'est pas un caractère distinctif suffisant, mais dans le delirium tremens il manque cette impression d'effort fait par le malade pour sortir de son abîme confusionnel, cette apparence de perplexité qui reste le signe fondamental des onirismes confus.

Les troubles psychomoteurs sont assez particuliers dans le delirium tremens. Outre le tremblement, ce sont des mouvements spécifiques du delirium tremens : *mâchonnement, mouvements de succion, mouvements d'agrippement,* qui sont plus stéréotypés et plus automatiques que les réactions de fuite du syndrome confuso-onirique. On obtient le réflexe chéiro-oral dans les formes les plus graves, signe jamais retrouvé, ni dans les bouffées confuso-oniriques, ni dans les délires aigus.

Le syndrome neurovégétatif est au premier plan. Outre l'insomnie, qui ne mérite pas de commentaires particuliers, nous notons des modifications de la température et du pouls. Ce sont des modifications sans cesse variables d'un moment à l'autre, donnant l'impression qu'il s'agit de troubles mentaux.

La température n'est jamais immédiatement notée à 40°. A partir de ce chiffre doit se discuter le délire aigu, que confirmera une azotémie élevée. Elle oscille au contraire entre 37°5 et 38°5. Un delirium tremens typique n'est jamais très fébrile ; mais une température qui tombe en vingt-quatre heures n'est pas non plus la caractéristique d'un delirium tremens. Le pouls est rapide, mais très instable. Il y a parfois des crises redoutables de tachycardie auriculaire. La tension artérielle présente également des variations journalières, avec une tendance au collapsus et pincement de la tension différentielle.

Il est nécessaire d'ajouter les troubles que l'on attribuait primitivement à une déshydratation importante. Sans doute existe-t-il une *sudation* constante, abondante, profuse, mais ce n'est pas, à notre sens, un signe majeur du delirium tremens. On connaît sa facilité d'apparition chez les alcooliques. Malgré la sudation, et contrairement à la majorité des auteurs, nous n'avons pas constaté de troubles de la diurèse dans le sens d'une oligurie. Dans les rares cas que nous avons rencontrés, il existait alors une insuffisance rénale préalable.

Par contre, s'opposant à cette soi-disant déshydratation massive, pourtant acceptable devant le tableau évocateur du delirium tremens,

le malade présente une *sitiophobie*. Ce fait capital nous permet de penser qu'il y a peut-être déperdition hydrique des espaces extracellulaires, mais il est plus vraisemblable de croire qu'il y a surtout une hyperhydratation intracellulaire.

Les examens paracliniques sont d'une importance considérable. Nous schématiserons ce que nous avons trouvé.

L'azotémie n'est pas augmentée. Notée journellement chez 54 malades, elle n'a dépassé 0,50 que dans quatre cas à la phase pré-mortelle. Bien au contraire, les chiffres trouvés sont assez bas (0,16 à 0,20).

Les protides totaux sont au contraire légèrement augmentés. Le chiffre moyen est 80 grammes. Les gamma-globulines sont augmentées.

Le taux de prothrombine est toujours abaissé, avec une moyenne de 50 %.

Le delta cryoscopique est en général hypotonique (moyenne — 53°). Il laisse suspecter une hyperhydratation cellulaire.

L'hématocrite baisse parallèlement au delta cryoscopique.

Les ions minéraux méritent une étude précise. Ce n'est pas sans peine que nous sommes arrivés à préciser les variations dominantes. Des dosages quotidiens et pluri-quotidiens ont été faits chez tous nos malades.

La réserve alcaline oscille entre 40 et 45 volumes ; une baisse de la natrémie, assez minime d'ailleurs, peut évoquer un passage de l'ion Na dans la cellule contribuant à l'hydratation cellulaire. Mais ce fait, insuffisamment contrôlé, ne peut être formellement retenu. La rentrée cellulaire de potassium peut être la cause primordiale. De toute façon, l'administration de sérum bi-carbonaté aggrave l'état clinique. Le rapport Cl-globulaire/Cl-plasmatique est légèrement augmenté à 0,60-0,64.

La kaliémie est constamment abaissée (120-140 mgr.) et coïncide avec une *baisse de la kaliurie* (1 gr. au moins ‰). Ces taux augmentent au moment de la guérison. Un effondrement brutal laisse prévoir une aggravation ou une rechute. Mais l'administration de chlorure de potassium aggrave l'état clinique, car il y a très probablement fixation de potassium dans l'espace cellulaire.

Le magnésium sanguin est légèrement abaissé (10 à 14 mgr.). Il justifie un traitement par le sulfate de magnésie.

La calcémie a des variations trop grandes pour être interprétable. Dans l'ensemble, il y a une légère baisse du calcium sanguin.

Tous ces faits biologiques auraient sans doute été mal interprétés si nous n'avions eu la possibilité d'étudier les courbes d'excitabilité-intensité-durée au *rhéotome électronique* de Pluven et Guiot..

Nous ne saurions reprendre ce que nous avons exposé récemment dans un article de la *Presse médicale* (2 novembre 1955). Sans doute des discussions ont été émises quant à la valeur de cet appareil. Mais, quelles que soient les opinions, nous affirmons qu'il donne en clinique des résultats essentiels. Des centaines de courbes ont été établies chez des sujets normaux et chez des malades de toutes catégories. Les résultats ont été confrontés avec les bilans biologiques.

Tout se passe comme si le segment des temps longs de ces courbes reflétait la teneur cellulaire en potassium. Le segment des temps courts refléterait la teneur en Ca et, partant, le potentiel de membrane des cellules. Le segment des temps moyens paraît refléter, au moins en partie, la teneur en magnésium. Par ailleurs, nous avons précisé l'aspect des courbes obtenues au niveau du muscle et du nerf (jambier antérieur-S.P.E.). Les études des courbes nous révèlent une excitabilité moindre du nerf que du muscle chez tous les alcooliques.

La strychnine inverse cette situation. Dans le delirium tremens, le fait dominant est une *hyperexcitabilité musculaire considérable.* Elle correspond vraisemblablement à une surcharge en potassium (éponge à potassium).

Ces considérations biologiques et bioélectriques nous permettent de deviner le traitement le plus logique. 1° Harmoniser l'excitabilité nerf-muscle. La strychnine permet ce résultat, mais à la condition de ne pas dépasser des doses de 5 à 10 mgr. *pro die.* La vitamine B1 agit dans le même sens. 2° Corriger l'hypotonie plasmatique sans qu'il soit logique d'apporter des quantités considérables de sérum puisqu'il y a hyperhydratation cellulaire. 3° Corriger les troubles électrolytiques, dominés par le potassium, le magnésium et la réserve alcaline.

Le potassium ; il faut répartir harmonieusement le potassium intra- et le potassium extracellulaire pour obtenir un rapport satisfaisant Ki/Ke. Malgré l'hypokaliémie, il ne faut pas donner de K. La chlorpromazine, active sur les symptômes neurovégétatifs, aggrave le déséquilibre. Cette notion justifie l'emploi d'un médicament permettant la fuite cellulaire de potassium. On peut choisir entre la D.O.C.A. et la cortisone. Cette dernière nous a paru préférable (100 mgr. en moyenne suivant les taux biologiques et surtout les courbes obtenues au rhéotome).

Le magnésium abaissé justifie l'emploi de sulfate de magnésie en perfusion. A la convalescence d'un delirium tremens le magnésium reste souvent bas. Il coïncide avec une asthénie marquée et il se corrige par l'administration de magnésium en perfusion ou *per os* (le glutamate de magnésium est particulièrement efficace).

Enfin, *la réserve alcaline,* nous l'avons dit, ne doit pas être combattue par les bicarbonates. En effet, cette baisse de la réserve alcaline chez l'éthylique a une cause complexe. Entrent en ligne de compte

les troubles de la décarboxylation. Le bicarbonate ne corrige pas ces troubles, bien au contraire, en favorisant une alcalose relative, il permet une rentrée du potassium dans la cellule et il aggrave le tableau clinique. La vitamine B1, en permettant la décarboxylation, a une action plus efficace.

Que faut-il donc pour guérir un delirium tremens ? Il faut calmer le système nerveux central et surtout la région diencéphalique. Il faut harmoniser l'équilibre biologique, et plus particulièrement le rapport Ki/Ke.

La chlorpromazine et les cocktails lytiques agissent efficacement sur les centres nerveux. Les résultats obtenus sont dans l'ensemble satisfaisants, mais il y a des échecs encore nombreux (sur 25 hibernations, 4 décès). De plus, l'arrêt du traitement est difficile à préciser dans les formes graves. Deux de nos malades ont été hibernés, l'un vingt-neuf jours, l'autre trente-deux jours. Des complications, que l'on attribue trop volontiers à l'état éthylique antérieur, ne sont pas étrangères à la thérapeutique. Nous avons eu trois cas de thrombose intracardiaque, peut-être liés à des troubles électrolytiques profonds de la cellule myocardique, sans anomalies de l'électrocardiogramme (peut-être surcharge myocardique en potassium).

L'aggravation du déséquilibre Ki/Ke sous l'influence de ce traitement justifia l'emploi de la cortisone. Les résultats furent immédiatement satisfaisants et la durée du traitement très raccourcie (cinq à huit jours).

Le succinate de 21-hydroxy-prégnandione répond aux exigences évoquées. Il calme le système nerveux central, puisqu'il est utilisé comme stéroïde anesthésique aux U.S.A. Il répartit harmonieusement le Ki et le Ke et agit en ce sens comme la cortisone.

Nous avons poursuivi une expérimentation aussi précise que possible chez des sujets ne présentant aucune tare pathologique notable. Nous résumerons les résultats obtenus.

Cliniquement, il est commun à la D.O.C.A., la progestérone, la cortisone, la testostérone (fixation de O en C3). Il est commun à la prégnandione, au prégnandiol, à l'androstérone (absence de double liaison en 4-5).

Cliniquement et électroencéphalographiquement, il crée un stade d'endormissement avec une activité *thêta* (6 c./s.), puis un stade hypnique ou de désafférération corticale, avec des rythmes *rapides et lents* de sommeil à l'électroencéphalogramme, enfin un stade anesthésique avec *silence électrique*. Ce produit agit différemment des barbituriques et des anesthésiques. Il paraît intervenir au niveau de la substance réticulée du tronc cérébral, aboutissant à la mise au repos du cortex.

Biologiquement, il augmente la kaliurie, mais la kaliémie reste assez basse. Par contre, les courbes au rhéotome se normalisent rapi-

dement, comme si le potassium quittait le muscle pour aller, soit dans l'espace extra-cellulaire, soit dans le nerf. Il augmente la magnésémie et la magnésiurie, *il fait baisser les protéines* (chute de 4 à 10 grammes), et plus particulièrement les gamma et les alpha-2 globulines. Cette chute protidique justifie un régime anabolique à la convalescence (protéines, testostérone, insuline).

Bio-électriquement, il harmonise rapidement les courbes nerf-muscle.

Nous avons donc actuellement un traitement particulièrement efficace du delirium tremens. Jusqu'ici, nous n'avons traité que 5 malades, tous très graves. Ils ont guéri en quarante-huit heures à trois jours. Le premier nécessita 17 grammes de produit, les autres entre 8 et 15 grammes.

Le traitement actuel est ainsi codifié. A l'entrée, perfusion intraveineuse de 2 grammes dissous dans 500 cc. de sérum glucosé. Le sommeil profond est obtenu en quinze à vingt minutes (perfusion, une goutte par seconde). Puis, au bout d'une heure, on adjoint une perfusion sous-cutanée profonde, en raison de l'irritabilité de la solution (*p*H 8), en sérum salé et hyaluronidase. Seule cette perfusion est ultérieurement utilisée, le débit et les doses étant prescrits à la demande. La perfusion doit être lente, pour éviter un sommeil trop profond ; un matériel d'intubation doit être prévu (chute de la langue), malgré l'absence de dépression respiratoire. Il n'y a jamais de troubles cardiaques.

Un traitement trop court paraît la cause des rechutes, mais celles-ci ne sont plus des delirium tremens véritables. C'est une bouffée confuso-onirique, rapidement jugulée par 1 ou 2 grammes de produit.

Sans doute ne doit-on pas exclure la possibilité de complications que nous n'avons pas encore rencontrées. Celles-ci seront liées, semble-t-il, beaucoup plus à l'état organique du sujet qu'au produit utilisé. D'autre part, nous croyons possible l'utilisation en association de succinate de 21-hydroxy-prégnandione et de dérivés divers : chlorpromazine, phénergan, etc..., association qui doit permettre des résultats encore supérieurs, à la condition d'obtenir une correction hydro-électrique toujours satisfaisante.

Discussion

M. P. Abély. — La très belle communication de M. Coirault et de ses collaborateurs sur la thérapeutique du delirium tremens, thérapeutique basée sur les troubles de fixation des ions-potassium, exigerait évidemment une longue discussion.

L'agent médicamenteux dont il nous parle (qui est un composé chimique synthétique et pseudo-hormonal) est dominé dans sa composition par la prégnandione, qui correspond à une étape chimique particulière de la progestérone. Jusqu'ici, cette hormone était peu connue dans son rôle vis-à-vis

de la kaliémie, on savait seulement son rôle hypercalcémiant. On supposait que la kaliémie était surtout sous le contrôle de la thyroïde (travaux de Backelman d'Utrecht) ; or, les défaillances thyroïdiennes dans le sens de l'hypo sont fréquentes dans l'intoxication alcoolique. Il est donc possible d'admettre que le prégnandiol favorise la rééquilibration de la fonction thyroïdienne et parallèlement celle de la fixation du potassium sur les globules rouges.

Quand on pourra plus aisément se procurer ce succinate de 21-hydroxy-prégnandione, je serai heureux de l'expérimenter et de lui donner mes impressions.

Confusion mentale hallucinatoire épileptique. Syndrome biologique d'encéphalite psychosique aiguë azotémique. Guérison par hibernation artificielle, par MM. J. Breton et F. Mars.

La littérature compte déjà un certain nombre de psychoses hyperthermiques (2, 15) et hyperazotémiques (5, 27, 31), traitées avec succès par hibernation artificielle. Une codification des indications a déjà été ébauchée. Il nous semble intéressant de verser à ce dossier l'observation suivante, ne serait-ce qu'en raison de l'étiologie un peu particulière de ce délire aigu.

Observation. — Nous recevons, dans la matinée du samedi 9 juillet 1955, Mme H... Suzanne, cultivatrice de 42 ans, avec le certificat suivant : « Est « atteinte de troubles mentaux, qui nécessitent son admission d'urgence « dans un service psychiatrique. Présentait depuis quatre ans des crises « comitiales. » Aucun membre de la famille n'accompagne la malade, et nous n'aurons jusqu'au surlendemain aucun autre renseignement. Au début de l'examen, agitation modérée ; sputation incessante ; tremblement discret. La confusion n'est pas très profonde : elle répond à voix à peine intelligible mais donne quelques réponses bien adaptées.

L'examen semblait ainsi bien engagé lorsque l'arrivée de l'interne déclenche un paroxysme. La malade l'identifie comme étant « le gars G... », se lève brusquement, cherche à fuir : « Toi, tu veux me zigouiller... ! cette personne, elle était à la maison hier soir... Il me fait souffrir de la tête..., c'est lui..., je ne veux pas lui être polie... » Reconduite dans son lit, il est nécessaire de lui injecter un gramme de privénal IV car l'agitation devient incoercible en raison des hallucinations terrifiantes.

L'examen somatique, qu'il est alors possible de pratiquer, ne montre aucune particularité notable : il n'y a aucun signe neurologique ni stigmates de crises comitiales. L'état cardio-vasculaire est excellent. La tension est de 10 1/2-6 au Vaquez (après l'injection du barbiturique) ; le pouls à 78, bien frappé ; la température est de 38°4. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

En résumé, état confuso-onirique d'étiologie à préciser. Nous sommes inclinés à penser au moins à un appoint éthylique pour des raisons qui tiennent, à la statistique départementale d'abord, à quelques particularités

assez évocatrices de la symptomatologie ensuite. La température monte le soir à 39°4 pour redescendre le lendemain matin. Est-ce l'effet du traitement? Nous avons prescrit *pro die :* pénicilline, un million d'unités ; cortine à 125 gr. (2 ampoules) ; largactil, 0 gr. 05 (2 ampoules) ; extraits de foie, bécozyme (2 ampoules) ; strychnine, 20 mgr. et, en IV, 2 ampoules de curéthyl B. Le refus d'aliments est absolu ; on ne peut parler de sitiophobie, car il est possible, en choisissant son moment, de lui faire absorber quelques cuillerées de liquide, mais cela est tout à fait insuffisant et on pratique une perfusion sous-cutanée de sérums salé et glucosé avec vitamine C (1 gr.).

Quelques examens de laboratoire eussent été les bienvenus dès l'entrée pour éclairer notre diagnostic. Mais Pontorson ne possède pas de laboratoire, le sang prélevé samedi à midi ne sera analysé que le surlendemain : urée, 0 gr. 55 ; cholestérol, 2 gr. 25 ; glycémie, 1 gr. 10 ; B.-W., négatif.

La deuxième nuit est calme mais au réveil la température monte en flèche: à 6 h., 41° ; à 8 h., 41°3 ; à 9 h., 41°5. La tachycardie est extrême, le pouls filant et presque incomptable. Assourdissement considérable des bruits cardiaques (sans bruits anormaux). La malade est prostrée, le masque pincé, l'œil vitreux, elle tousse un peu. On entend quelques râles humides aux deux sommets. L'examen neurologique est négatif. Déshydratation. Anurie. Suivant les modalités de la fine analyse symptomatologique de P. Abély (1), la confusion s'est transformée en délire aigu ; celui-ci a brûlé les étapes et nous sommes déjà à la période de collapsus préagonique ; la défaillance cardiaque est imminente, aussi décidons-nous de tenter une hibernation, selon la technique de Laborit et Huguenard.

Le tableau très résumé reproduit nous permettra néanmoins de ne retenir que les points les plus marquants de cette hibernation de 78 heures.

A défaut d'une chambre climatisée fraîche (13), nous installons la malade, nue, sur un lit ordinaire, dans une chambre orientée au nord. Nous traverrue, sur un lit ordinaire, dans une chambre orientée au nord. (Températures dépassant 50° à midi et 30° à 16 heures sous abri), ces conditions météorologiques, à vrai dire exceptionnelles dans la région, ne sont peut-être pas étrangères (cela est classique) au déclenchement du délire aigu, d'autant que nous apprendrons par la suite que l'épisode confusionnel, qui nécessita l'admission, a débuté très brusquement le 5 juillet, au sortir d'une « crise » (comitiale ?), survenue alors que Mme H... travaillait dans un champ en plein soleil. Delay et collaborateurs (11) ont rapporté un cas de délire aigu chez une prédisposée et dont une insolation fut la cause déclenchante. Pour n'y plus revenir, nous apprenons à la dixième heure de l'hibernation que l'éthylisme est à rejeter complètement : la malade est absolument abstinente depuis deux ans. L'hibernation commence à 9 h. 05, la température étant à 41°6, le pouls à 180. Une demi-heure plus tard, nous sommes informés que l'urée du sang prélevé à 8 heures est à 1 gr. 25, et ceci nous fortifie dans notre décision. Nous cherchons à aller vite au début : la neuroplégie est poussée au maximum, 6 cc. de MI (largactil, 0 gr. 05 + phénergan, 0 gr. 025 + dolosal, 0 gr. 10) sont injectés par fractions, au cours de la première demi-heure, dans le tuyau de la perfusion IV, qui contient elle-même 0 gr. 4 de procaïne et 0 gr. 05 de chlorpromazine ; le débit de cette perfusion : 40 gouttes-minute au départ, est ramené progressivement à 20 gouttes-minute. Par la suite, nous chercherons toujours à faire durer sept à huit heures chaque flacon de demi-litre de sérum (alternativement salé et glucosé, isotoniques), ceci pour éviter de surcharger le

Heures d'hibern. (de 2 en 2)	Temp.	Pouls	T. A. Mx. Min.	Resp.	Urée	Médications (les mélanges de base perfusés sont indiqués dans le texte. Il faut compter de plus 0,05 g. de Spartéine sous-cutané. Toutes les 3 h.)
					(0 g. 55 à l'admission)	
0	41°6	180	8,5-6	25	1 g. 25	M 1 6 cc.
1	id.	160	id.	20		
3	41°4	150	8 -6	id.		M 1 3 cc. Début de réfrigération (1 v. de glace)
5	40°8	130	8 -4	id.		
7	39°4	id.	8 -2	id.		M 1 3 cc. 2 vessies de glace
9	38°4	110	id.	id.		
11	id.	id.	id.	18		M 1 2 cc.
13	37°6	100	id.	14		4 v. de glace
15	36°3	80	id.	16		
17	36°6	86	9 -2	id.		M 1 2 cc.
19	36°8	84	10 -3	14		
21	37°	74	9,5-4	16		
23	37°2	84	id.	18	1 g. 43	M 1 2 cc.
25	id.	140	9 -4	13		
27	36°8	90	10 -5	14		Nesdonal 2 cc.
29	36°	78	9 -5	16		
31	35°4	72	9 -4	10		M 1 2 cc. 5 v. de glace
33	34°6	70	8 -3	id.		
35	35°1	96	7 -3	12	0 g. 98	M 1 2 cc.
37	34°	80	9 -7	10		M 1 2 cc. 4 v. de glace
39	34°6	88	9 -5	id.		Ennoctal 0,25 g.
41	35°3	80	10 -8	id.		
43	35°6	id.	10 -7	id.		M 1 2 cc.
45	35°8	84	11 -6	12	1 g.	
47	id.	110	10 -7	id.		
49	35°7	90	11 -6	10		Largactil 0,025 I. M.
51	36°2	106	11 -7	12		
53	36°9	100	11,5-7	10		M 1 1 cc.
55	36°7	110	10,5-6	13	0 g. 75	Gardénal 0,10 g. S. C.
57	36°3	90	12,5-7	12		Héparine 2.000 M.
59	63°	106	10 -7	13		
61	34°5	100	id.	10		
63	34°4	96	11 -7	id.		M. 1 3 cc. I. M. (2 v. de glace)
65	35°	840	9,5-7	id.	0 g. 46	
67	34°2	id.	9 -7	id.		Largactil 0.025 I. M.
69	id.	90	10 -7	12		
71	34°7	88	11 -7	10		Arrêt de la réfrigération
73	34°6	100	10,5-7	id.		Gardénal 0 g. 10 S. C.
75	35°	90	10 -6	13	0 g. 50	
77	34°8	100	11 -7	14		M 1 3 cc. I. M.
Période de Réchauffement. 79	id.	id.	12 -8	id.		Héparine..... ..... } ont été employés à cette période pendant 3 jours.
81	36°2	96	11 -8	16	0 g. 41	Hormone mâle.....
83	36°8	id.	id.	id.		Désoxycorticostérone.
85	37°3	120	11,5-8	id.		Vitamine B 12.....
87	id.	110	12 -7	id.		
					(0 g. 30 le surlendemain)	

cœur droit. Nous avons cherché à simplifier la technique. Notamment, nous n'avons pas alterné les trois cocktails classiques de composition très différente, et dont on trouvera la formule dans la mise au point de Huguenard (18) ; cela, pour diverses raisons, dont la moindre n'était pas notre manque de pratique en ce qui concerne l'emploi en intraveineuse de certains agents pharmacodynamiques. Par exemple, la spartéine a été uniquement injectée par la voie sous-cutanée (0,05 toutes les trois heures). Elle nous semble avoir eu de la sorte une action très suffisante sur le myocarde, sans donner aucun signe de surdosage ; nous n'avons utilisé ni le diparcol, ni l'atropine ; le premier, à cause de ses propriétés bronchoplégiques, la seconde parce que — d'accord en cela avec les auteurs (27) qui nous ont précédé — nous estimons que l'hypercatabolisme azoté en commande l'abstention !

Par voie intramusculaire et à titre de précaution, en attendant le résultat de l'hémoculture (qui se révélera négative), nous avons donné 200.000 unités de pénicilline G. toutes les trois heures.

Les flacons que nous avons perfusés (5 litres 200 de sérum au total) contenaient tous de la procaïne (0 gr. 8 par litre de sérum), et jusqu'à la 50e heure, de la chlorpromazine (0 gr. 10 puis 0 gr. 05 par litre de sérum) ; nous avons ensuite remplacé celle-ci par de l'hydergine (2 ampoules par litre). Mme H... présenta une certaine résistance au largactil puisque des doses considérables (610 mgr. au total) ont été injectées sans donner de signes de surdosage. Cette résistance, constatée par d'autres que nous (14, 20, 27), semble bien être une accoutumance : il est à noter que Mme H... avait, non seulement reçu du largactil intramusculaire dès son entrée, mais encore avait suivi en 1954 un traitement ambulatoire à ce produit prescrit *per os*, au titre d'adjuvant de la mysoline. De même que nous avons accéléré la neuroplégie, nous n'avons pas hésité à réfrigérer précocement à partir de la troisième heure (les sueurs profuses ayant disparu), par deux puis quatre vessies, à la racine des membres, une cinquième vessie, placée sur les membres inférieurs ayant donné lieu, malgré de fréquents déplacements, à des prodromes de gelure (bleuissement discret du tégument), elle fut éliminée très rapidement. A part cela, nous n'avons observé aucun incident de réfrigération (ni horripilation, ni trémulation musculaire provoquée).

La diurèse se rétablit très vite, dès la 14e heure. Les urines étaient rares et chargées, mais à aucun moment nous n'avons constaté de signe biologique de néphrite.

Dans l'ensemble, et comme le montrent bien les courbes de température, pouls, tension et azotémie, dans leur dépression parallèle, nous avons obtenu la régression progressive et stable des symptômes alarmants, régression très rapide au début, et c'était là le but recherché. Les décrochages de la courbe du pouls (25e, 47e, 54e, 58e, 73e heure) coïncident avec des changements de position nécessités par l'examen clinique. Nous ne nous flatterons pas d'avoir obtenu, du moins d'une façon continue, cet état de « l'hiberné idéal ». Il persista presque continuellement un certain degré d'hypertonie musculaire, particulièrement nette au membre supérieur, et qui parfois entraînait quelques plaintes au moment des prises de tension. Comme il est recommandé, pour pallier cet inconvénient, nous avons injecté de petites doses de barbiturique intraveineuses (naturellement, dans une veine différente de celle perfusée). Nous avons vu une indication supplémentaire à cela dans le fait que la réalité d'une épilepsie nous avait été confirmée entre temps, épilepsie pour laquelle la malade suivait un traitement barbiturique avant l'admission.

Laborit, préconisant le penthiobarbital, nous avons voulu utiliser celui-ci : une apnée très angoissante suivit l'injection, pourtant lente, de 1 cm³ de nesdonal, et nécessita l'oxygénothérapie sous pression. Par la suite, nous recourrons sans incident aucun à l'amytal sodique, à la dose de 0 gr. 25 intraveineux, injecté très lentement, puis (au cours des dernières heures seulement, car il potentialise l'adrénaline) au phénobarbital sodique en intramusculaire (0 gr. 10 × 2). Cette adjonction de barbituriques aux neuroplégiques nous paraît avoir eu un effet positif sur la qualité de la seconde moitié de l'hibernation. Pour des raisons indépendantes de notre volonté (livraison « après la bataille »), nous n'avons pu prescrire ni protéolysat, ni hormone somatotrope hypophysaire. L'apparition, vers la 70e heure, d'un volumineux escarre sacré, en est peut-être la conséquence. (Notons à ce propos que l'utilisation, selon la technique de Ravina et collaborateurs, de la somatotrophine Choay a accéléré ensuite une cicatrisation-seconde presque parfaite). Quoi qu'il en soit, l'insuffisance relative de notre thérapeutique anabolisante nous paraît être ce qu'il y a de plus criticable dans notre technique.

Au bout de la 78e heure, le 14 juillet à 15 heures, nous arrêtons la perfusion en cours : depuis dix heures, l'azotémie s'est stabilisée à un chiffre très acceptable.

Il n'y a rien à signaler en ce qui concerne la période de réchauffement, sinon que les réactions oscillantes classiques ont été extrêmement atténuées.

Au réveil, l'asthénie est très profonde (il existe un ptosis paralytique qui durera 24 heures), mais l'état somatique est tout à fait satisfaisant ; la diurèse est bonne, la première miction spontanée a lieu le 16 au matin.

Nos contacts répétés avec la malade sont l'occasion d'une psychothérapie rationnelle, banale mais intensive, qui permet la critique des idées délirantes post-oniriques (la voix de la sœur du service identifiée comme celle de la belle-mère) et leur liquidation complète en moins de deux jours.

Reste alors la question de l'épilepsie proprement dite : il s'agit d'une épilepsie icto-comitiale typique à nette prédominance morphéique, apparue tardivement à l'âge de 38 ans (une très violente contrariété semble avoir joué un rôle déclenchant de la crise princeps). Un électro-encéphalogramme et une encéphalographie gazeuse pratiquée à Rennes en novembre 1954 (professeur Ferey et Dr Davost) permirent d'éliminer le diagnostic de tumeur cérébrale. Pratiqués à nouveau en août dernier, ces examens ne montrent encore aucun signe de localisation. Les liquides rachidien et céphalique sont normaux. La lecture récente d'un travail de Klotz et collaborateurs (19) nous fait donner une attention toute particulière au léger Chovsteck qu'on note chez elle. La calcémie dosée se révèle basse, à 80 mgr., mais le phosphore également (27 mgr.). La thérapeutique instituée ramène la calcémie à la normale sans pour autant supprimer les crises, qui ont lieu actuellement à raison de une tous les dix jours malgré un traitement anticonvulsif auquel nous avons adjoint les amphétamines.

Mme H... est sortie de l'hôpital psychiatrique le 20 octobre dernier, en excellent état si l'on excepte ses crises. Il s'agit d'une personnalité fruste (dix ans et demi d'âge mental), mais bien intégrée à son groupe social. Au test de Rorschach, protocole de débilité légère sans formule nette d'épileptoïdie.

Cette observation nous semble appeler plusieurs réflexions.

1° Nous avons insisté au fur et à mesure sur les difficultés nées du défaut d'équipement d'un hôpital psychiatrique de 700 lits.

2° En ce qui concerne le diagnostic, nous nous sommes laissé emporter au début sur la pente de la facilité, mais, une fois connue l'anamnèse du cas, aucun autre diagnostic que celui d'encéphalite psychosique aiguë azotémique au cours d'une épilepsie progressive ne nous paraît pouvoir être retenu : la symptomatologie de la phase prodromique, la brutalité du début, l'atteinte gravissime de l'état général, malgré la thérapeutique réhydratante et polyvitaminique, enfin et surtout le syndrome biologique, typique, en dépit de ce que le chiffre de l'azotémie ne dépassa jamais 1,43 gr. (mais encore était-ce sous hibernation déjà profonde), tout cela emporte notre conviction.

Il s'agit, semble-t-il, d'une forme extrême par la gravité de son évolution de ces états simulant le delirium tremens (23), décrits en 1852 par Delasiauve chez les épileptiques (10). Rapprochons de notre cas deux observations récentes de Marchand et X. Abély (24, 25). Une de Capgras et Daumézon (7) (l'observation Paulette L...), et le cas heureux de Marchand et Courtois (23) paraissent devoir en être également rapprochés.

3° La mise en œuvre d'une grande hibernation classique était-elle nécessaire ? [Rappelons à ce propos la discussion qui eut lieu à la Société, le 8 juin 1953, à la suite de la communication de Riser et collaborateurs (29)]. La réhydratation et la chlorpromazine intramusculaire s'étant révélées incapables de bloquer l'évolution vers le délire aigu, il est hautement improbable qu'une autre méthode de déconnection « à minima », telle que la morphine intraveineuse (12), eût pu avoir un effet curatif. L'état cardiaque nous interdisait les électrochocs itératifs, aussi bien que les comas hypoglycémiques accélérés (9), méthodes d'ailleurs aussi peu « douces » qu'une hibernation artificielle, et beaucoup moins contrôlables. Restaient les thérapeutiques s'inscrivant dans la notion si féconde du syndrome général d'adaptation de Selye (8, 22) ; certains ont proposé l'A.C.T.H. et la cortisone dans le traitement du délire aigu (3, 21). Existe-t-il des cas d'encéphalite psychosique aiguë hyperazotémique traités avec succès par ces hormones seules (30) ? L'incertitude où nous sommes à ce sujet, jointe à la connaissance précise de leur action favorisant le catabolisme azoté, nous semble, comme à d'autres (16, 27), commander l'abstention. Une remarque de Marchand a particulièrement pesé sur notre décision. Cet auteur prononça en 1946 (17) cette phrase, que nous citerons textuellement : « Parmi les symptômes qui indiquent un pronostic rapidement fatal dès le début du délire aigu, j'attache une grande importance à la tachycardie. Elle indique que le bulbe est intéressé par le processus encéphalitique et elle entraîne le collapsus cardiaque à brève échéance. »

Qu'une grande modération s'impose dans l'emploi de l'hibernothérapie, nous n'y contredirons pas. Encore ne faudrait-il pas exagé-

rer les difficultés de la technique et priver les malades dont la vie tient à un fil d'une thérapeutique qui est une des belles découvertes de la médecine française contemporaine.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. ABÉLY (P.) : Confusion mentale et délire aigu. Leurs différences cliniques. *46e Congrès des aliénistes et neurologistes,* Marseille, 1948, p. 205-208. — 2. ADAM (H.) et GOLSE (J.) : Réhydratation du délire aigu et de l'encéphalite hyper-azotémique sous contrôle de la pression osmotique du plasma. *Annales médico-psychologiques,* 1952, *2,* 5, p. 727-731. — 3. AUBIN (H.) : Les maladies de l'adaptation en psychiatrie. Délire aigu et neurasthénie. *Annales médico-psychologiques,* 1951, *1,* 2, p. 212-215. — 4. BEAUDOIN (M.), SMITH (P.) et PAUGAIN (M.) : Indications et contre-indications de l'hibernation classique au cours des délires aigus hyperthermiques. *Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy,* 3 avril 1954. — 5. BERTHIER (C.) et POUGETOUX (J.) : Délire aigu traité par hibernation. Délire aigu et syndrome d'acuité. Considérations pathogéniques. *51e Congrès des aliénistes et neurologistes,* Pau, 1953, p. 605-616. — 6. BROGGI (E.) : Atti del Convegno Nazionale sull' ibernazione artificiale in terapia neuropsichiatrica, Vercelli, 24 et 25 septembre 1955 (à paraître dans *Névrasse*). — 7. CAPGRAS (J.) et DAUMÉZON (J.) : Délires aigus primitifs, secondaires et intercurrents. *Annales médico-psychologiques,* 1937, *1,* 2, p. 271-278. — 8. CHIARAMONTI (E.) : Amenza e sindrome generali dell eddamente. *Riv. Patol. Nervosa e Mentale,* 1950, 2, p. 244-252. — 9. COSSA (P.), LE COCQ (E.), BOUGEANT (H.) et GRINDA (J.-F.) : *Thérapeutique neurologique et psychiatrique,* Masson, 1945, p. 384-387. — 10. DELASIAUVE : D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie. *Annales médico-psychologiques,* 1952, 4, p. 491. — 11. DELAY (J.), SUTTEL (M.) et SIZARET (P.) : Coup de chaleur. Délire aigu. Mort en hyperthermie. *Annales médico-psychologiques,* 1948, *1,* 4, p. 442-446. — 12. DELMAS-MARSALET (P.) : Le traitement du délire aigu par la morphine intraveineuse. *47e Congrès des aliénistes et neurologistes,* Genève, 1946. — 13. DOUSSINET (P.) et THÉVENOT (J.) : La chambre climatisée fraîche dans l'arsenal thérapeutique des délires aigus. *47e Congrès des aliénistes et neurologistes,* Clermont-Ferrand, 1949. — 14. EY (H.), DESCHAMPS (A.) et BÉRARD (E.) : *Hibernation proprement dite en psychiatrie.* In LABORIT, HUGUENARD (P.) et coll. : *Pratique de l'hibernothérapie en chirurgie et en médecine,* Masson, 1954, p. 197-203. — 15. GOLSE (J.) : Le traitement du délire aigu par l'hibernation. *Annales médico-psychologiques,* 1952, *2,* 5, p. 731-734. — 16. GOLSE (J.) et MOREL : Délire aigu, neuro-toxicose, syndrome malin et syndrome d'irritation. *Encéphale,* 1953, *42,* 5, p. 422-454. — 17. GUIRAUD (P.) et ROUAULT DE LA VIGNE (A.) : Sur une variété clinique de délire aigu. *Annales médico-psychologiques,* 1947, *1,* 1, p. 88-92. Disc. MARCHAND (L.), p. 93. — 18. HUGUENARD (P.) : Hibernation artificielle. *Enc. Méd. Chir. Thérapeutique,* 25966 D10. — 19. KLOTZ (H. P.) : Epilepsie et tétanie chronique. *Revue de neurologie,* 1955, *92,* 4, 254-269. — 20. LECOMTE (G.), CERTHOUX (A.) et GARRABE (J.) : Chlorpromazine en perfusions continues dans quelques états psychopathiques. Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique, Paris, octobre 1955 (à paraître dans *L'Encéphale*). — 21. LE GUILLANT (L.) et CHERTOK (L.) : Remarques à propos de deux cas de délire aigu. *Annales médico-psychologiques,* 1951, 1, 5, p. 616-620. Disc. LOO (P.). — 22. LOO (P.) et BRETON (J.) : Idées de Selye et clinique psychiatrique. *Annales médico-psychologiques,* 1952, *2,* 1, p. 108-112. — 23. MARCHAND (L.) : *Maladies mentales,* Lefrançois, 1939, p. 182-207 et p. 411. — 24. MARCHAND (L.) et ABÉLY (X.) : Confusion mentale agitée post-épileptique ayant revêtu la forme du délire aigu azotémique. *Annales médico-psychologiques,* 1952, 2, 5, p. 693-695. — 25. MARCHAND (L.), ABÉLY (X.) et Mme BOITTELLE : Epilepsie progressive, crise psycho-motrice aiguë, azotémique, mortelle. *Annales médico-psychologiques,* 1948, 2, p. 168-170. — 26. MARCHAND (L.) et DE AJURIAGUERRA (J.) : *Epilepsies,* Desclée de Brouwer, 1948, 2, p. 11. — 27. NEVEU (P.), DÉROUET et Mme L'HERMIT (M.) : Délire alcoolique à début convulsif traité par hibernation. Contrôle électro-encéphalographique. *Annales médico-psychologiques,* 1954, *2,* 5, p. 732-737. — 28. RAVINA (A.), PESTEL (M.) et DAYRAS (J.-C.) : Action de l'hormone somatotrope sur les escharres de décubitus et les troubles neurotrophiques. *Presse médicale,* 1955, *63,* 11, p. 305-308. — 29. RISER (M.), LABOUCARIÉ (J.) et BARRÈS (P.) : Hibernation dans les psychoses hyperthermiques. *Annales médico-psychologiques,* 1953, *2,* 2, p. 207-212. — 30. RISER (M.), LABOUCARIÉ (J.) et DE BOISSERON (J.-F.) : Données récentes sur les thérapeutiques des psychoses hyperthermiques. *Sud médical et chirurgical,* 1953, , 2373. — 31. SHERRER (P.), LECLERC (J.) et BIZE (N.) : Un cas d'encéphalite psychosique azotémique guéri par hibernation chez une césarisée. *Annales médico-psychologiques,* 1953, *1,* 4, p. 519-523.

Discussion

M. J. Leyritz. — pose la question des azotémies extrarénales.

M. L. Marchand. — Il y a plus de vingt ans, je constatais que le délire aigu se terminait par la mort neuf fois sur dix. Depuis l'emploi des nouvelles méthodes thérapeutiques, et en particulier l'hibernation artificielle, les cas de guérison sont devenus de plus en plus nombreux. Ces progrès thérapeutiques dans les maladies mentales aiguës méritent d'être signalés. L'observation que MM. Breton et Mars viennent de nous présenter en est un nouvel exemple.

Dans tous les cas d'encéphalite psychosique aiguë azotémique qui se terminent par la guérison, on constate que les malades sortent rapidement de leur état confusionnel. Ce mode évolutif se retrouve dans l'observation qui vient de nous être présentée. Quand on envisage les lésions diffuses des cellules cérébrales constatées par tous les histologistes dans tous les cas mortels de délire aigu, il faut bien admettre que les lésions, quoique profondes, sont rapidement réversibles. C'est une constatation biologique bien intéressante.

Dans les deux cas observés avec X. Abély, l'épilepsie avait revêtu une évolution progressive. Dans un des cas, le sujet avait présenté un premier accès de délire aigu avec une azotémie de près de deux grammes, qui se termina rapidement par la guérison, et c'est un an plus tard qu'il fut atteint d'un nouvel accès délirant aigu azotémique mortel.

La question des azotémies extrarénales, soulevée par M. J. Leyritz, fait encore l'objet de discussion. Il n'est pas impossible que, dans certains cas, le délire aigu soit associé à des lésions rénales qui existaient avant son déclenchement ou qui se sont développées sous la même cause, mais je pense que les azotémies si élevées que j'ai constatées dans la plupart des cas sont bien d'origine extra-rénale. Dans les cas graves, l'azotémie peut atteindre plusieurs grammes ; si la maladie évolue favorablement, elle diminue rapidement pour reprendre un taux normal. Cette constatation s'accorde avec l'intégrité relative des reins constatée histologiquement dans les cas mortels. De plus, l'hyperazotémie ne s'accompagne d'aucun syndrome urinaire. Chez les sujets, on ne constate pas les grands symptômes de l'urémie, leur urine ne renferme pas de cylindres. Dans une séance de la Société, qui a eu lieu en 1953 au laboratoire de notre collègue le professeur Santenoise, la plupart des collègues ont admis que, dans l'encéphalite psychosique aiguë, les azotémies étaient d'origine extra-rénale, mais les divergences se sont surtout manifestées sur leur pathogénie.

M. Breton. — Je remercie MM. Leyritz et Marchand de leurs interventions. Je précise, l'ayant éludé dans mon exposé oral, que la diurèse s'est rétablie vers la 14e heure de l'hibernation. Les urines, au début, étaient rares et foncées, mais ne présentèrent à aucun moment de signes biologiques de néphrite.

Accès confuso-oniriques répétés chez une épileptique. Déclenchement des accès après crises convulsives spontanées. Action favorable de la sismothérapie, par MM. Léon Michaux, A. Buge et J. Lebourges.

L'observation que nous rapportons concerne des accès confuso-oniriques, à note thymique variable, de l'euphorie à l'auto-accusation, accès qui surviennent chez une épileptique, durant respectivement

deux mois, un mois et trois mois. En outre de leur évolution prolongée, éventualité assez rare, et de diverses particularités cliniques, ces accès sont remarquables par leur survenue à l'issue d'une phase de redoublement des crises convulsives et des absences, ainsi que par l'action favorable sur eux des crises électriques, action du reste dégressive d'un accès à l'autre.

Observation. — Mme L..., née en 1928, aide-chimiste.

1° Depuis longtemps, Mme L... présente des crises d'épilepsie. Avant l'âge de 2 ans, elle a, à deux reprises, des convulsions typiques en dehors de toute pyrexie. Aucune cause n'est trouvée. Pas d'incident à l'accouchement en particulier.

Aucun épisode comitial jusqu'à l'âge de 10 ans. A ce moment apparaissent des crises généralisées sans aura, avec chute, phénomènes cloniques et amnésie. Elles se répètent au rythme d'une par mois environ. Il y a également des absences, dont la fréquence ne peut être précisée. Il n'y a pas de troubles du caractère. Les résultats scolaires sont excellents.

A partir de 14 ans, malgré l'absence de traitement, les crises se font beaucoup plus rares. On n'en compte pas plus d'une tous les deux ou trois ans. Il n'y a pas d'absences. On ne note aucun trouble du caractère. Elle entre dans un laboratoire comme aide-chimiste et les renseignements qu'on a pu avoir sont très précis : c'était une excellente collaboratrice, à laquelle on laissait une certaine initiative.

Elle se marie. Après trois ans de mariage, grossesse.

2° Dès le début de la grossesse (à 23 ans), les crises généralisées sont plus fréquentes (une à trois par mois). Les absences sont plus nombreuses qu'elles ne l'ont jamais été (dix à vingt par jour).

L'accouchement ne modifie pas le rythme des crises, qui reste le même de 1951 à 1953, date à laquelle elle consulte ; un phénomène nouveau est alors apparu : des troubles du caractère. Tendances dépressives, irritabilité dirigée spécialement contre sa mère, colères impulsives. Parallèlement, la mémoire s'émousse. La malade a du mal à fixer son attention ; elle travaille moins rapidement, elle se sent « ralentie », selon son propre terme. Examinée au début de 1953 : malade d'une viscosité frappante, déprimée, irritable. Elle se montrera ainsi au cours de nombreux examens pratiqués à cette époque.

L'examen neurologique est entièrement négatif. L'électro-encéphalogramme est très perturbé. Un traitement par gardénal, paradione, est alors institué, avec des doses variables. Il est suivi avec quelques irrégularités, notamment en ce qui concerne la paradione. L'efficacité en est très imparfaite même lorsqu'il est suivi consciencieusement pendant plusieurs mois. On n'arrive pas à supprimer à la fois absences et crises généralisées. Ou bien les absences se raréfient, mais les grandes crises sont plus fréquentes, ou bien la suppression des grandes crises multiplie les absences (30 comptées au cours de la journée).

Tout au long de l'année 1953, l'état psychique est inchangé.

3° *Le 10 décembre 1953*, la malade est examinée. Elle est en pleine confusion. On apprend qu'elle a fait deux grandes crises dans la journée et que cet état s'est installé aussitôt. Désorientation complète dans le temps et l'es-

pace. Obnubilation importante. Pas d'onirisme. La malade est calme. L'examen neurologique est normal. La température est normale. Electro-encéphalogramme : tracé très altéré avec activité paroxystique dans toutes les dérivations. Aucune prédominance. Encéphalographie gazeuse : ventricules normaux en place. Grosses vallées sylviennes. Liquide normal : albumine, 0,20 ; cytologie, 0,6-7 lymphocytes.

Le 29 décembre, la famille la retire du service. Rentrée chez elle, on observe une grande excitation psycho-motrice avec irritabilité extrême ; pendant cette période, elle n'a pas de crises. Mais, le 17 janvier, tentative de strangulation. Nouvelle hospitalisation le 18 janvier. La confusion persiste. Elle ne se souvient pas être rentrée chez elle après sa première hospitalisation. Il existe un délire mal systématisé : elle doute qu'elle existe, que les malades qui l'entourent existent bien, que l'hôpital soit un hôpital. Elle est morte, sa voisine aussi ; elles sont à la morgue et le médecin est un garçon de la morgue. A d'autres moments elle est en prison, les infirmières sont des gardes-chiourme et les médecins aussi.

Un traitement par électro-chocs est institué. Malgré une courte amélioration après le deuxième choc, le délire persiste : elle s'accuse de crimes affreux. Elle a mangé son mari, son fils. Elle a tué tous les habitants du quartier de la Salpêtrière. « Vous pouvez me dire ce que j'ai fait. Mais sachez une chose, c'est que quand je l'ai fait, j'étais irresponsable. » Après le septième choc (le 8 février 1954), c'est-à-dire soixante jours après le début de la confusion : guérison subite et totale. Amnésie lacunaire incomplète (elle se souvient de certains thèmes délirants). Une grande crise le 16 février. Elle sort du service le 20 février en bon état. La viscosité elle-même s'est atténuée.

Les mois suivants elle est suivie régulièrement. Il n'y a pas de grandes crises, mais de nombreuses absences, malgré un traitement régulièrement suivi.

4° *Le 27 juin,* trois grandes crises dans la même journée (il n'y a pas eu d'interruption dans le traitement), et dès le lendemain grande confusion avec agitation extrême, nécessitant la camisole. Délire de mort reprenant à peu près les mêmes thèmes que lors du précédent épisode. Son fils est mort ; ne l'aurait-elle pas tué ? Elle est un monstre. Amélioration après le quatrième choc, bientôt suivie d'une rechute. Elle doit avoir fait quelque chose qui mérite la peine de mort : elle l'acceptera avec courage. Electro-encéphalogramme : tracé très altéré. Mal comitial à expression généralisée se rapprochant du petit mal myoclonique.

Après le septième choc, guérison subite, et la malade sort en très bon état, parfaitement orientée, avec très peu de troubles de la mémoire. Elle n'a fait au cours de son hospitalisation aucune crise convulsive spontanée, ni, semble-t-il, aucune absence.

En mars 1955, on note : état intercritique plus satisfaisant, mémoire meilleure, moins de viscosité, moins d'irritabilité ; nombreuses absences surtout au moment des règles. Trois grandes crises en deux mois.

Le 9 avril, électro-encéphalogramme : le rythme de base est toujours un peu rapide et instable. Les anomalies consistent en ondes à front raide, pointes-ondes dégradées survenant spontanément sur les deux régions temporales. L'hyperpnée fait apparaître des paroxysmes caractéristiques de petit mal en assez grande abondance.

5° *Le 19 avril,* deux grandes crises. Le lendemain, réapparition des mêmes idées délirantes de mort. La conviction est absolue. Mais elle n'est pas confuse.

L'électro-encéphalogramme, fait aussitôt, montre des altérations du même type que précédemment mais plus abondantes.

Durant les premiers jours de l'hospitalisation, les idées délirantes s'amplifient avec auto-accusations multiples. Il existe des hallucinations visuelles importantes. La confusion s'installe. Son humeur est très changeante au cours de la journée : tantôt déprimée, tantôt agitée, caustique, agressive, on est obligé de l'attacher.

Le 28 avril, on peut évoquer le diagnostic de manie épileptique : assurance, causticité, sputation ; il existe une certaine dysarthrie.

Le 30 avril, on commence les électro-chocs. L'agitation et l'excitation persistent avec activité onirique intense : « Elle voit des habitants lunaires. »

Le 10 mai, elle fait une crise généralisée.

Au huitième choc, pas de changement. On modifie le traitement anticomitial : gardénal, 0,25 ; chloral ; épiclase, deux comprimés.

Au dixième choc, guérison soudaine, mais elle conserve quelques idées bizarres.

Le 25 mai, cinq jours après cette amélioration, les idées de mort réapparaissent, prenant un caractère obsessionnel. Elle voit une cravate noire et se demande si elle n'a pas tué quelqu'un. Même état les jours suivants, avec une ou deux absences par jour ; une grande crise le 31 mai.

Le 1er juin, électro-encéphalogramme : tracé amélioré. Rythme de base beaucoup plus stable. Pointes-ondes à trois cycles/seconde, bilatérales, synchrones.

Les jours suivants, on assiste à la réapparition progressive du délire.

Dans un premier temps, elle a peur d'avoir tué son fils mais elle critique cette idée, c'est une « idée bête », et elle s'efforce de la chasser de son esprit.

Dans un deuxième temps, elle commence à ne plus critiquer aussi bien cette idée. Elle interprète les gestes, les paroles, comme des preuves de ce qu'elle a bien tué son fils : regarde-t-on sa photographie, c'est qu'elle l'a tué. Elle demande ce qu'est un médicament. On lui dit que c'est un poison. C'est avec ça qu'elle a tué son fils.

Dans un troisième temps, délire. Elle est sûre de l'avoir tué. Il faut la guillotiner.

La confusion réapparaît avec anxiété ; on reprend les chocs. L'état reste inchangé pendant plusieurs jours, avec de grandes variations de l'humeur. Les phases dépressives avec auto-accusations et tentatives de strangulation alternent avec des phases d'excitation maniaque avec agressivité, au cours desquelles persistent cependant les idées de mort, mais elle expose alors ses idées délirantes avec le sourire.

Vingt électro-chocs sont pratiqués du 6 juin au 20 juin, qui ne donnent que des améliorations minimes et de très courte durée. L'encéphalographie gazeuse est tentée dans un but thérapeutique le 28 juin 1955 : effet nul. La malade est mise au largactil à la dose de 300 mgr. par jour. L'excitation disparaît. La malade dort, mais les idées mélancoliques persistent et une nouvelle tentative de strangulation, le 21 juillet, motive la reprise de la sismothérapie à raison de trois chocs par semaine.

Dès après le premier choc, elle est très améliorée, critique ses idées délirantes ; mais cette amélioration ne dure que quelques jours. La confusion et le délire réapparaissent. De nouveaux chocs ne modifient pas le tableau. On les interrompt le 10 août et l'on modifie le traitement anti-comitial : trois épiclases, un dihydan, un orténal. La malade sort lentement de sa confusion et le 19 l'amélioration est telle que l'on envisage sa sortie.

Cette observation appelle quelques remarques.

1° Les rapports entre les crise comitiales et les troubles mentaux chez les épileptiques ont été étudiés par de nombreux auteurs. Ball signalait, en 1890, que le délire épileptique survient souvent après une série d'attaques qui se manifestent après une longue suspension de la maladie. De même, pour L. Marchand et J. de Ajuriaguerra, les états confusionnels « surviennent le plus souvent après une période pendant laquelle les accès convulsifs ou les absences ont été plus fréquents, après les accès en série ou les états de mal ». Mais ils signalent également l'existence de confusions mentales prolongées, survenant en dehors de toute crise convulsive.

Il est fréquent de constater une sorte de balancement entre les manifestations comitiales et les divers troubles mentaux des épileptiques, et de nombreux observateurs ont insisté sur ce fait que les crises convulsives ont très souvent une influence favorable sur le psychisme de ces malades.

Il va sans dire que si l'on supprime la cause commune des crises convulsives et des troubles caractériels, on peut, dans certains cas, supprimer les uns et les autres. C'est ainsi que, étudiant chez l'enfant épileptique les effets de la suppression chirurgicale du foyer cortical sur les troubles caractériels, Jean-E. Paillas n'a vu ceux-ci améliorés que dans le cas où l'opération entraînait la suppression des crises convulsives. Du reste, le balancement des troubles psychiques et des crises convulsives est loin d'être une règle absolue.

Ainsi, dans notre observation, ces deux ordres de troubles semblent avoir suivi une évolution parallèle. C'est en effet pendant cette période de 1951 à 1953, alors que les absences deviennent très fréquentes, ainsi que les grandes crises, avec lesquelles elles alternent, qu'apparaissent des troubles mentaux très nets : irritabilité, colères impulsives, associées à une viscosité marquée. A l'opposé, la raréfaction des crises et des absences s'accompagne généralement d'une amélioration des troubles mentaux. Il faut signaler cependant que, pendant les phases confusionnelles elles-mêmes, crises convulsives et absences ont pratiquement disparu.

2° L'aspect clinique de ces bouffées confusionnelles était surtout remarquable par la fixité des thèmes délirants, avec idées de mort et d'anthropophagie, fixité au cours du même accès malgré les variations de l'humeur, mais aussi au cours des trois épisodes délirants. Il s'agit là d'un fait connu dans la « manie épileptique », mais qui s'est trouvé vérifié avec une particulière netteté dans cette observation.

L'installation des troubles a été très brutale. La confusion mentale était nette le lendemain même des crises convulsives. Cependant, lors de la rechute, en juin 1955, nous avons assisté à une reprise progressive en quelques jours du délire, avec une première phase d'anxiété, avec idée obsédante de mort, qui peu à peu s'est transformée en idée délirante avec conviction absolue.

La durée des phases confusionnelles a été particulièrement longue. Certes, des confusions mentales prolongées ont déjà été signalées chez des épileptiques, mais il s'agissait alors d'états confusionnels intercritiques, installés progressivement et évoluant sur le mode chronique.

Le fait semble beaucoup plus rare en cas de confusion post-critique. Ainsi, dans l'observation publiée par l'un de nous avec M. Tison, en 1943, la durée de la phase confusionnelle n'était que de trois semaines.

De plus, deux points semblent à retenir: *a*) la gravité particulière de cette épilepsie qui, à certaines périodes, se manifestait par plus de trente absences par jour, et son caractère rebelle à toute thérapeutique ; *b*) les résultats de l'électroencéphalogramme. De nombreux enregistrements furent faits au cours et en dehors des phases confuso-oniriques. Le tracé était chaque fois très altéré, avec accentuation discrète des signes électriques pendant la confusion : altérations diffuses ; accidents paroxystiques à type de bouffées de pointes-ondes, d'onde à front raide, de petit mal, ou d'ondes delta, rythme de base en général perturbé.

Un tracé, en particulier, fut enregistré le 21 avril 1955, deux jours après l'installation de la confusion. Les altérations étaient particulièrement importantes, mais de type épileptique.

Un autre, le 1er juin, pendant la rémission qui suivit les dix premiers électrochocs, était amélioré : rythme de base stable ; altérations paroxystiques moins abondantes.

3° Thérapeutique. L'action de l'électrochoc a été spectaculaire lors des deux premiers épisodes, qui ont guéri subitement après le septième choc. Lors de la troisième poussée, son efficacité a été plus discutable. Certes, une rémission presque totale a été obtenue après une première série de chocs, mais elle n'a duré que cinq jours. Lors de la reprise du traitement, l'action a été moins nette et la malade est sortie lentement de sa confusion après cessation de la sismothérapie.

Ces délais de guérison sont supérieurs à ceux signalés habituellement. J. Delay et J. Maillard, dans leur étude de l'électrochoc au cours de la confusion mentale, insistent sur la rapidité de son efficacité, quelle que soit la cause de la confusion (cinq chocs en moyenne suffisent). La malade de Léon Michaux et M. Tison guérit totalement après la quatrième séance. Ce fut aussi le cas dans l'observation de P. Guiraud et J. Mallet.

L'encéphalographie gazeuse, pratiquée à trois reprises, n'a pas influencé les troubles mentaux, alors que l'on sait la fréquence de son

action favorable sur certains états confusionnels et dépressifs des épileptiques.

Il reste à souligner le paradoxe, peu explicable actuellement, des crises convulsives électriques guérissant des états confusionnels qui ont suivi un redoublement des crises convulsives spontanées.

BIBLIOGRAPHIE. — Alliez (J.), Paillas (J.-E.) et Dongier (M.) : *Annales médico-psychologiques*, 1950, tome I, p. 74. — Ball (B.) : *Leçons sur les maladies mentales*, 1890. *De la folie épileptique*, p. 622. — Delay (J.) et Maillard (J.) : L'électrochoc dans les différentes formes cliniques de la confusion mentale. *Annales médico-psychologiques*, 1945, tome I. — Guiraud (P.) et Mallet (J.) : A propos d'un état stuporeux prolongé survenu chez une épileptique et de sa disparition par l'électrochoc. *Annales médico-psychologiques*, 1948, tome I, p. 202. — Heuyer (G.), Feld (M.) et Mlle Juredieu (C.) : Epilepsie et syndrome confusionnel chronique pseudo-schizophrénique par sténose congénitale de l'aqueduc. Guérison par ventriculostomie. *Annales médico-psychologiques*, 1953, tome II, p. 242. — Marchand (L.) et de Ajuriaguerra (J.) : *Epilepsies*, Desclée de Brouwer, 1948, p. 101, 161 et 205. — Michaux (L.) et Tison (M.) : Confusion post-critique chez une épileptique guérie par l'électrochoc. *Annales médico-psychologiques*, 1943, tome II, p. 103. — Michaux (L.), Escourolle (R.), Wildocher (D.) et Mlle Saulnier (M.) : Epilepsie temporale, séquelle d'encéphalopathie infantile. Etat confusionnel quasi-schizophrénique, intercurrence de phases oniriques et de phases obsessionnelles. Rémissions exclusivement sismothérapiques. *Annales médico-psychologiques*, 1955, tome I, p. 266. — Michaux (L.) et Mlle Saulnier (M.) : Action remarquable d'une encéphalographie gazeuse suivie d'un état de mal convulsif sur les fonctions intellectuelles d'une épileptique oligophrène. *Semaine des hôpitaux de Paris*, 1951, nos 57-58, p. 2408. — Paillas (J.-E.) : Effets sur les troubles caractériels de l'enfant épileptique de la suppression chirurgicale du foyer cortical (à propos de quinze observations). *Le Sud médical et chirurgical*, 31 juillet 1951. — Rondepierre (J.) et Vié (J.) : Essais de traitement de l'épilepsie par l'électrochoc. *Revue neurologique*, 1942, p. 329.

Discussion

M. L. Marchand. — L'observation de MM. Michaux, Buge et Lebourges montre que la sismothérapie peut avoir un heureux résultat au cours du traitement des accès confuso-oniriques épileptiques, mais leur cas m'intéresse à un autre point de vue ; c'est celui qu'a pris l'évolution de l'épilepsie chez leur malade. Voici une femme qui, pendant des années, n'a eu que des accès convulsifs peu fréquents. Sans cause appréciable, au cours d'un traitement régulièrement suivi, les crises deviennent plus nombreuses, parfois se groupent et sont suivies d'accès confusionnels. Son caractère se modifie et elle présente des troubles psychiques continus. Cette forme évolutive entre dans le groupe des épilepsies progressives, sur lequel j'ai insisté avec Ajuriaguerra, et je crois être de l'avis des présentateurs en posant pour plus tard un mauvais pronostic dans l'évolution de leur cas.

Déblocage moteur, puis affectif d'un catatonique,

par MM. H. Ueberschlag et Y. Madeline.

Observation. — Laurent L... était âgé de 28 ans, célibataire, préparateur en pharmacie et en pleine période fertile d'une poussée schizophrénique lorsqu'il fut placé par sa famille, en mars 1950, à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan.

Il n'avait jamais été malade. Il s'était plus ou moins dérobé aux chan-

tiers de jeunesse puis aux S.T.O., avait participé à une action du maquis dans le Gers puis dans l'armée régulière à la prise de Royan. Une déception sentimentale l'aurait incité à boire. En effet, lorsqu'il entre dans notre service, il présente des signes légers mais non équivoques d'imprégnation éthylique. Mais il présente surtout des accès à alternance confuse, de dépression anxieuse, de stupeur avec mutisme et anorexie et de délire hallucinatoire. On est frappé par l'affaiblissement du fond mental, les réponses à côté, les stéréotypies de langage et déjà par son débit monotone et sans reflet affectif. Une série de 14 électro-chocs lui est faite du 28 mars au 7 juin.

Peu à peu son anxiété se calme ; on serait plutôt porté à dire que la charge affective de ses idées délirantes s'allège dangereusement car il se croit toujours persécuté mais dit : « Nous en parlerons plus tard, nous verrons par la suite » et entend des voix qui lui disent de se tuer ; il demande même à un infirmier de lui donner un couteau. Il s'absorbe de plus en plus en lui-même, s'alimente irrégulièrement et refuse la conversation ou l'occupation. Puis il devient indécis et se colle derrière les portes.

La sismothérapie est un échec et on tente une cure de Sakel qui, le 5 juillet, totalise 10 comas qu'il accepte assez mal : « Je suis f..., dit-il, mon cœur s'arrête..., je suis mort. » Puis il est de plus en plus indifférent et confus en même temps qu'il s'abandonne à l'internement ; les visites de ses frères le laissent indifférent, il est de plus en plus docile à mesure qu'il perd toute initiative, il n'a plus de désirs ni de réactions. En novembre apparaissent sur ce fond d'enlisement les premières impulsions en même temps que, pendant des heures, cette immobilité figée si caractéristique. On le sollicite, on essaie de l'occuper à des travaux simples mais il reste stupide, la brosse aux pieds, les mains dans les poches ; quand on lui parle il ne répond même plus mais se détourne lentement, refusant tout contact ; quand on insiste, il lui arrive de lancer un coup de poing. Il refuse les douceurs que lui apportent ses parents, même les cigarettes dont il avait été friand.

A partir de 1951, les observations se succèdent monotones : état de stupeur, mutisme absolu, indifférence, toujours seul, pensif, très lent dans ses mouvements, etc... Une impulsion encore en juillet 1951, accompagnant son refus de la radioscopie du dépistage annuel.

Il finit pourtant, vers la fin de l'année 1951, par se laisser enrôler dans une équipe de terrassiers, et ses mœurs s'adoucissent quelque peu ; il accepte volontiers une cigarette ou qu'on lui dise bonjour en lui touchant la main, quoique sans répondre.

On essaie de lui donner un travail moins stéréotypé et on l'affecte à une équipe de maçons mais, là comme au terrassement, il se contente de pousser la brouette. Certains jours, il retombe dans l'oisiveté et la stupeur, il paraît désorienté, ne retrouve plus sa place à table et surtout il ne fait plus rien de lui-même ; il faut lui dire de se lever, de se laver, de manger, de marcher, de revenir, de se mettre à l'abri de la pluie, etc...

Bref, il est, au début de 1954, le type même du schizophrène enlisé à qui, en désespoir de cause, on fait une nouvelle série de Sakel suivie de quatre électro-chocs associés à une injection de maxiton. On note une amélioration, l'activité motrice paraît plus adaptée, plus riche ; on essaye de l'occuper à l'atelier de tissage, il participe à un match de basket, il chante à la chorale.

En septembre, enfin, il recommence à s'isoler, à rester immobile et indécis. On refait un choc-maxiton ; le malade s'oppose avec violence à ce trai-

tement ; pourtant, au réveil, il est plus détendu, plus communicatif, mais il semble inquiet et par ses gestes, tournant la tête tantôt à droite ou à gauche et regardant derrière lui, redouter une présence invisible. Nous décidons alors de supprimer toute thérapeutique d'anéantissement et de mettre tous nos espoirs dans la sociothérapie.

Le malade est confié, non seulement au moniteur d'ergothérapie, mais encore au moniteur d'éducation physique, qui bientôt découvre chez lui des aptitudes inattenues pour le ping-pong. Il pratique un jeu serré et court, il est vrai, mais très efficace, et surtout il s'applique à gagner les parties, à tel point d'ailleurs qu'il arrive en demi-finale de coupe, battant un grand nombre de pensionnaires, d'infirmiers et d'employés.

C'est cette scène du soir du 3 octobre 1955 que nous voudrions maintenant décrire, car c'est elle qui justifie à nos yeux la présente communication et la fait sortir de la banalité. Qu'on imagine quelque 300 à 400 pensionnaires et agents du personnel installés sur tout le pourtour de la salle des fêtes, dont le centre est occupé par la table de ping-pong et par celle du jury, où trônent les coupes qui sont en jeu, une pour les hommes, une autre pour les femmes. Déjà quelques matches de finale ont été disputés quand arrive le tour du malade L... pour un match contre un jardinier particulièrement fort à ce jeu, et qui d'ailleurs devait remporter la coupe. Les pensionnaires appellent leur champion mais celui-ci veut se dérober, on appelle plus fort, on scande son nom, et il s'avance, d'abord inquiet puis plus confiant, visiblement ému. Jamais on ne l'avait vu ainsi ; il serre les lèvres et se met à jouer. Chacune de ses victoires est applaudie, chaque point perdu augmente la tension de l'assistance ; c'est de l'enthousiasme chaque fois que le point est gagné après une longue résistance ou par une spéciale habileté ; le jardinier, fort heureusement, se prête instinctivement au jeu et tout en jouant pour gagner lui aussi, ne prend pas ombrage du succès assurément partial de son adversaire. Et bientôt celui-ci s'enflamme, il répond aux acclamations de l'assistance, il sourit à gauche, à droite, mais sans jamais tomber dans le puéril ou le grotesque ; il a une contenance parfaitement adaptée, comme on ne lui en avait jamais connue, il s'épanouit, l'affectivité anime à nouveau ses gestes et tout son comportement ; à un moment donné, il est ému par toute cette sympathie qui le supporte et le submerge, il remercie d'un geste de la main et de la tête.

Certes, il a perdu la partie, la fête s'est achevée, mais quand on le rencontre désormais à l'équipe du maçon ou à la cantine et qu'on lui rappelle son match, il a un sourire tout nouveau ; il est plus détendu, il a plus d'initiative, on a l'impression qu'il a repris intérêt et confiance en lui-même.

Mais, d'ores et déjà, il a contribué à prouver que le milieu social hospitalier, en tant que tel, a des vertus thérapeutiques propres. Ces vertus sont fonction de sa cohésion, de son naturel, de sa richesse en affectivité normale, et de sa faculté d'adaptation aux possibilités du malade. Elles permettent, en cultivant chez ce malade des capacités résiduelles, même partielles, de ranimer des comportements entiers qu'on croyait définitivement endormis ou perdus. Afin de conserver ces qualités au milieu social hospitalier, en particulier cette adaptation et cette soumission aux besoins du malade, qui est sa raison

d'être, il faut évidemment confier ce milieu tout entier au médecin, à charge pour lui d'en défendre le caractère aussi impitoyablement que la société normale rejette tout ce qui est incapable de s'adapter à elle.

Discussion

M. H. Baruk. — L'interruption brusque de la catatonie sous l'effet d'impressions affectives n'est pas rare, mais ces faits sont trop souvent sous-estimés et le très grand intérêt de la communication de M. Ueberschlag est de rappeler leur importance. On se rappelle le cas de ce jeune homme du service d'Arnold Netter à Trousseau, qui guérit brusquement d'un accès catatonique lors de la visite de l'hôpital par le président de la République, malade que nous devions retrouver, de longues années après, dans le service du professeur Claude. Pour notre part, nous avons maintes fois observé des cessations ou même des guérisons spectaculaires de catatonie dans des circonstances de cet ordre : tel ce malade qui, au cours d'une catatonie de Kahlbaum typique et dans le mutisme absolu, guérit brusquement et définitivement lors de la première visite de son père, paysan de la Vendée qui n'avait jamais pu venir à Paris jusque-là. Le malade, après sa guérison, nous expliqua que, durant sa maladie, il croyait son père mort. Tel également ce grand catatonique, paraissant évoluer vers la démence et atteint secondairement de tuberculose pulmonaire qui, rapatrié en Bretagne, son pays, guérit soudain à la vue du clocher de Morlaix. Un tel cas évoque le problème de la nostalgie.

Toutefois, ces guérisons spectaculaires ne se produisent pas à toutes les périodes de la catatonie. En effet, pendant la phase aiguë, le délire des catatoniques prend souvent, comme nous y avons insisté, la forme onirique qui rend le malade plus ou moins inaccessible aux actions psychothérapiques extérieures. Cette phase est la phase des thérapeutiques étiologiques, biologiques. Plus tard, lorsque la maladie est moins aiguë, et lorsque la personnalité d'abord submergée commence à émerger et à organiser dans un délire les inclusions oniriques, les effets psychothérapiques peuvent être considérables, surtout si ces effets correspondent heureusement à la rectification du délire du moment. Il en fut ainsi chez une de nos malades publiée avec Devaux, atteinte de catatonie colibacillaire qui, sous l'effet de la toxi-infection, se croyait dans un avion, destinée à être transportée en Russie pour y être fusillée, et même se croyait morte. Après l'atténuation considérable de la toxi-infection, grâce à la sérothérapie anti-colibacillaire, des réflexions psychothérapiques purent faire décristalliser le délire, et la malade guérit.

En terminant, nous voudrions insister sur l'importance de l'atmosphère de compréhension des services, atmosphère qui comporte, non seulement de bonnes techniques d'accueil, mais une sympathie à la fois sincère et expérimentée qui constitue aussi un facteur moral de guérison, qui complète heureusement les thérapeutiques somatiques.

M. E. Minkowski. — Cette communication nous rappelle jusqu'à quel point le terme « indifférence » traduit mal les particularités et les troubles de l'affectivité des schizophrènes ; elle rejoint par là ce que Bleuler nous avait enseigné à ce sujet. Elle est de nature aussi à prendre place dans le dialogue qui se déroule entre les traitements particuliers et le rôle de l'ambiance, de l'organisation de la vie hospitalière, des facteurs personnels et psychothérapiques au sens le plus large du terme. En nous référant à des cas comme celui de M. Ueberschlag et en tenant compte de ce que vient de dire notre collègue Baruk, nous aurions presque envie de dire d'une façon quelque peu pittoresque : choc et insuline, bien ; ping-pong, mieux, et en

tous les cas choc et insuline, doublés toujours de « ping-pong », au sens symbolique du terme évidemment.

M. P. Bour. — La note originale du psychochoc qui nous est rapportée dans cette très intéressante observation réside moins dans l'utilisation du jeu de ping-pong que dans l'orchestration affective par l'entourage enthousiaste des spectateurs des succès du malade, qui s'est trouvé ainsi publiquement revalorisé.

Psychothérapie collective des mères de schizophrènes, par M. P. Sivadon.

Il s'agit ici uniquement de schizophrènes du sexe masculin, adultes jeunes, de mon service de Ville-Evrard. Il n'est sans doute pas besoin d'insister sur le rôle considérable, on pourrait même dire la participation active, de la mère dans la schizophrénie, masculine en particulier.

Personnage anxieux, à la fois infantile affectivement et dominateur, souvent de structure athlétoïde, avec plus ou moins d'embonpoint, parfois veuve ou abandonnée, parfois encore nantie d'un mari fonctionnellement exclu (couple à la Dubout), elle envahit le service chaque jour de visite et harcèle le médecin davantage encore de ses suggestions que de ses questions. Elle est la mère protectrice qui, seule, connaît son enfant et peut trouver le secret de sa guérison. On a souvent le sentiment que le couple mère-schizophrène réalise un équilibre où la régression infantile du malade favorise et satisfait à la fois l'attitude hypermaternelle, tandis que cette dernière s'oppose à l'évolution salvatrice de la personnalité du malade. Et il est bien vrai qu'elle le connaît son malade, à sa façon, mieux que personne. Si elle s'illusionne souvent sur son état, elle perçoit parfois bien avant le médecin les petits signes avant-coureurs d'une rechute catatonique. Grâce à son infantilisme persistant et à la forme anachronique de son instinct maternel, elle communique avec lui par ce langage subtil qui unit toute mère à son nouveau-né. En place de biberon, elle le bourre à chaque visite de gâteries et d'aliments superflus. Et, si elle en a la possibilité, on la voit dans le service procéder avec minutie à la toilette intime de son bébé de trente ans.

Pour sortir de cette impasse, le thérapeute est tenté d'interdire les visites. Et bien des accentuations de la régression, observées à leur occasion, disparaissent. Mais, avant longtemps, c'est la mère qui ne supporte plus la séparation ; des troubles psychosomatiques divers se manifestent : rhumatismes, troubles cardiaques, etc... On les voit user de toutes les ruses : paquets apportés à toute occasion, tentatives pour apercevoir le malade malgré les interdictions, faux prétextes pour les enfreindre.

De toute évidence, la maladie n'est pas seulement celle du schizo-

phrène. C'est le couple mère-enfant qui est malade. Il s'agit d'un état régressif commun, où le malade est redevenu enfant tandis que sa mère est redevenue nourrice.

La guérison de l'un est la condition de la guérison de l'autre. Si la mère normale est heureuse de voir grandir son enfant, c'est qu'elle sait qu'elle le gardera longtemps encore avant qu'il ne se détache d'elle. La mère du schizophrène, elle, a un enfant-adulte. La guérison du malade fera de ce dernier un adulte véritable, qui aussitôt lui échappera. Et l'on conçoit que l'on puisse parfois percevoir dans son comportement, voire dans ses propos, le secret désir qu'il ne guérisse pas.

Il apparaît donc qu'on doive traiter parallèlement, mais séparément, les deux éléments du couple mère-schizophrène, pour permettre l'évolution de l'un et de l'autre vers une plus grande autonomie.

C'est cet essai que j'ai tenté depuis un an. Tandis qu'un certain nombre de schizophrènes étaient suivis dans mon service par mes collaborateurs, j'ai organisé à Paris, loin de l'hôpital, sous le prétexte de causeries de vulgarisation scientifique (sous l'égide de l'association « L'élan »), des séances de psychothérapie collective à forme didactique. Une quinzaine de mères de schizophrènes étaient convoquées. Dès l'abord, les règles suivantes étaient posées : on devait assister à toutes les séances, on ne devait sous aucun prétexte parler de son cas personnel, le médecin n'accorderait aucune entrevue avant ou après les séances.

Les séances étaient hebdomadaires et duraient une heure. Elles ont consisté en des causeries didactiques sur les sujets suivants.

1° Qu'est-ce qu'une maladie mentale ? Le corps et l'esprit. Notion de personnalité. Homéostasie physique et constance du Moi. Mécanismes régulateurs de l'homéostasie et de l'adaptation. Hiérarchie des fonctions. Lésionnel et fonctionnel. Causalité polydimensionnelle des troubles mentaux. Aspect social de la maladie mentale. Notion d'aliénation.

2° Hérédité et acquis. Leurs interactions. La réélaboration du donné héréditaire par l'éducation et les conditions de vie. Principales causes et mécanismes des maladies mentales.

3° L'évolution de la personnalité. De l'indifférencié au différencié. De la dépendance à l'autonomie. Les crises évolutives. Complexité croissante des modes de communication. L'identification. Les relations interpersonnelles. Notions de fixation et de régression.

4° Les mécanismes de défense et les mécanismes d'adaptation de la personnalité. Conscient et inconscient. Dynamogénie et inhibition. Négation, projection, déplacement, sublimation, etc...

5° L'influence des parents et du milieu familial sur la formation de la personnalité. Le couple parental. La fratrie.

6° L'hôpital psychiatrique. Sa fonction. Ses avantages, ses inconvénients. Qualités et défauts de son organisation.

7° Les principaux traitements des maladies mentales (biologiques, psychothérapiques, sociothérapiques). Leur signification.

8° Les problèmes d'orientation et d'adaptation professionnelles des malades et déficients mentaux.

9° La collaboration des familles et des médecins. Les visites, les paquets, la correspondance. L'attitude à l'égard du malade.

10° Rôle des parents de malades dans la lutte contre les maladies mentales. L'hygiène mentale, ses principes. Les préjugés, comment les combattre.

La difficulté, on s'en doute, était de rendre sensibles à un auditoire sans culture particulière des notions abstraites ou complexes, en usant d'un vocabulaire simple, et sans trop déformer leur signification. En fait, j'ai obtenu, à défaut d'une compréhension exacte de mes propos, une participation effective intense. A mesure que je parlais s'établissait une atmosphère chargée d'émotion, quasi-mystique. Le silence était absolu et j'avais le sentiment d'une régression collective de tout le groupe vers un état semi-hypnotique. Au point que certaines auditrices, parmi celles qui se disaient les plus intéressées, sombraient dans la somnolence.

Les brèves discussions qui suivaient mes exposés révélaient cependant leur communion fervente à la séance à défaut du moindre progrès de leurs connaissances théoriques. Ce qui ne signifie pas qu'il eût été indifférent de choisir n'importe quels autres thèmes d'exposés. Selon les sujets développés, le climat émotionnel était plus ou moins lourd. Et je dois dire que l'effet inhibiteur de ce climat, joint à l'effort de simplification didactique, se traduisait, pour moi, en fin de séance, par un sentiment d'épuisement, totalement inconnu après un exposé d'une heure devant un public normal.

Il ne s'est agi que d'un essai, et je ne crois pas possible de préciser le mécanisme d'action de ces séances. Ce qui est certain, c'est la très nette transformation observée chez beaucoup de nos « patientes ». Au cours même de la psychothérapie, certaines qui, depuis fort longtemps, négligeaient leur toilette, redevinrent coquettes et reprirent intérêt à l'existence. De nourrices, elles redevinrent femmes. La presque totalité accepta avec beaucoup plus d'aisance les interdictions de visites à l'hôpital. Elles adoptèrent une attitude nettement plus objective à l'égard de la maladie de leur fils. Plusieurs qui, pendant des années, n'avaient pensé qu'à leur malade, se prirent d'intérêt pour d'autres malades, invitant même l'un ou l'autre d'entre eux à leur foyer à l'occasion d'une permission. Presque toutes envisagèrent le problème des maladies mentales et de leur traitement avec plus de lucidité et de confiance. Ce n'était plus un problème strictement personnel, mais un problème général. Avant d'atteindre, sinon cette sérénité, du moins ce relatif apaisement de leur angoisse, on constatait souvent, plus particulièrement au cours des premières séances, un intense sentiment de culpabilité qui se dissolvait par la suite.

La séquence des premiers thèmes de causeries permettait de faire prendre conscience aux mères de leur responsabilité personnelle, tout en replaçant cette dernière avec son juste poids dans l'ensemble complexe des causalités pathogènes. Par la suite, une objectivité de plus en plus grande était requise, grâce à des thèmes plus concrets, et, à la fin, plus généraux.

A cette progression des thèmes a correspondu de façon globale une évolution certaine de l'attitude mentale des mères vers un détachement progressif de l'objet de leur angoisse, soit en définitive un relâchement de la symbiose pathologique. L'action du médecin sur le malade en a été facilitée et — peut-être coïncidence — la plupart des malades dont les mères ont été ainsi traitées se sont très notablement améliorés, quelques-uns sont sortis. Il va de soi qu'ils étaient, de leur côté, soumis à une thérapeutique attentive.

Des essais de psychothérapie individuelle de mères de schizophrènes ont déjà été tentés. L'expérience que j'en ai, bien que restreinte à quelques cas, me laisse penser que les séances collectives sont plus rapidement actives, outre l'avantage qu'elles ont d'économiser le temps.

Il reste de tout ceci que, parmi les éléments constitutifs de la schizophrénie, le nœud symbiotique de la relation mère-enfant joue un rôle trop sous-estimé. Il est essentiel de le desserrer. Il s'agit d'une « forme » qui tend éternellement à se reproduire si l'on n'agit que sur le malade. La mère également doit être traitée. L'expérience montre qu'elle n'est pas incurable. Son anxiété a favorisé la régression de son enfant. Pour le rejoindre, elle est retournée à ses instincts de mère nourricière et, pour ne pas le perdre à nouveau, elle redoute de le voir guérir.

La psychothérapie collective, telle que nous l'avons tentée, paraît constituer une technique particulièrement efficace pour aider à résoudre ce problème, auquel nous nous heurtons quotidiennement.

Discussion

M. M. Leconte. — Etant donné l'heure tardive je serai bref, car il y aurait beaucoup à dire — je ne parle pas des mères dont nous connaissons tous le psychisme parfois mais non toujours particulier, mais des malades eux-mêmes — sur la communication de M. Sivadon, car je pense personnellement que rien de stable et de durable ne peut être fondé lorsqu'on discute nosographie, pronostic et thérapeutique des schizophrénies si l'on n'implique pas les éléments organiques et les diverses étiologies possibles à l'origine de ses états, dans toutes nos considérations scientifiques.

En ce qui concerne l'inceste à la limite de la subdélinquance dont on a parlé, je serai heureux de savoir dans quelles proportions on a rencontré de tels cas qui sortent des limites de la simple psycho-pathologie cliniquement obscure.

Pour ma part, j'ai dirigé assez longtemps des services d'hommes et je n'ai pas observé une telle fréquence de singularité sexuelle aussi poussée au point de partager le lit du fils schizophrénique, voire même d'avoir des rapports avec lui.

M. P. Deniker. — pense être l'interprète du sentiment unanime en soulignant l'intérêt soulevé par la communication de M. Sivadon et de ses collaborateurs. Depuis plusieurs années, des études ont été entreprises à la Clinique des maladies mentales pour préciser les rapports entre la psychopathologie des malades et celle de leurs parents. Depuis Legrand du Saulle, les anomalies psychiques des parents de malades sont bien connues des cliniciens ; les mères de schizophrènes — et, dans certains cas, aussi les pères — constituent une catégorie remarquable.

Lorsqu'on essaie de fournir une description typique de ces sujets, on se heurte à de grandes difficultés, si du moins on veut s'exprimer en termes psychiatriques ; ainsi, M. Sivadon a dû adopter un style humoristique et invoquer le caricaturiste Dubout pour brosser le portrait des parents du schizophrène. Sa description s'apparente à celle de Lewis Hill, mais il en existe d'autres, car la littérature sur ce sujet comprend une trentaine de titres. Tous les auteurs sont d'accord pour considérer que les parents de schizophrènes « ne sont pas normaux », mais ils divergent lorsqu'il s'agit de caractériser les anomalies. Un des traits psychologiques qui nous paraît à souligner est l' « agressivité camouflée » de certains parents qui se donnent le masque de parents modèles tout en soumettant l'enfant à des frustrations et à des agressions continuelles, et depuis le plus jeune âge (ce qui pourrait expliquer l'ambivalence et les réactions de défense du schizophrène à l'égard de l'affectivité).

Dans le service du professeur J. Delay, nous avons étudié avec M. Green une trentaine de familles de schizophrènes pour mettre au point une méthode d'examen qui fera l'objet d'une très prochaine publication. Les modes d'observation indirects nous ont paru des plus intéressants ; certains ont même proposé d'observer à travers la glace sans tain le comportement des parents de schizophrènes lors des visites. La question se pose de savoir si l'on peut profiter des psychothérapies destinées aux mères de schizophrènes pour compléter l'observation de ces sujets. A l'hôpital de recherches de Béthesda (U.S.A.), les mères sont hospitalisées avec leur fils et l'on aurait observé que la guérison du fils peut entraîner le déclenchement de troubles mentaux chez la mère. Je suis renseigné sur les psychothérapies de groupe organisées pour les mères de schizophrènes à la Clinique universitaire de Vienne : au cours de ces entretiens, les conseils, souvent mal acceptés par telle mère, profitent indirectement à celles qu'on ne met pas en cause. M. Sivadon a eu le mérite de tenter la première expérience française de ce genre ; nous espérons qu'elle pourra servir à compléter une étude psychopathologique telle que la nôtre, étude dont l'intérêt est loin d'être purement théorique, si tant est que la schizophrénie soit une maladie où se combinent le rôle de l'hérédité et celui du milieu familial.

M. E. Minkowski. — Initiative courageuse : une seule mère de schizophrène est un dur morceau à avaler, et en réunir quinze à la fois ! ! ! Expérience pourtant couronnée de succès et instructive. La méthode employée y est probablement pour beaucoup. Guidé par son intuition psychiatrique, M. Sivadon s'est arrêté à la méthode didactique des généralités impersonnelles. En s'adaptant à leur mentalité, on atteint souvent les schizophrènes et les schizoïdes (et il faut s'en contenter au départ) par des voies plus « éloignées » que la voie intellectuelle, quitte à rechercher un contact plus approfondi par la suite. Tâche difficile dès le début, ce qui fait aussi que M. Sivadon, habitué pourtant à faire des conférences, en sortait, comme il le dit, épuisé après une causerie devant cet auditoire quelque peu particulier. Je voudrais rappeler également le mémoire sur le même sujet publié par M. Sivadon dans « l'Evolution psychiatrique » ; il y introduisait la notion d'hérédité du milieu, notion qui mérite d'être retenue et développée. Des études de cet ordre demandent d'elles-mêmes à s'étendre ; on ne sau-

rait à la longue laisser de côté la personne du père auprès de « la mère du schizophrène » et dominé par elle. Il joue souvent un rôle effacé, mais ce n'est pas toujours le cas. Nous arrivons ainsi à la structure de la famille et à la forme, extravagante parfois, dont s'organise la vie autour d'un enfant schizophrène dans le milieu familial. On a presque l'impression que chacun y trouve son compte. Les familles ne se ressemblent pas toutes à ce point de vue et leur « tolérance » à l'égard de la présence du malade n'est pas la même. C'est une question à préciser encore. Il me semble aussi que, dans cette perspective, le mécanisme de régression auquel M. Sivadon fait une très large place cédera en partie la place, en venant s'y intégrer, aux particularités du monde « schizo ».

M. P. Abély. — Il est incontestable, comme le dit M. Sivadon avec un profond sens clinique, que parmi les parents de nos malades les mères des déments précoces sont particulièrement bizarres et qu'elles compromettent souvent les efforts thérapeutiques par leur opposition, leur aveuglement entêté, leurs initiatives désastreuses, leur incompréhension. Mais, si dans de tels cas les interréactions habituelles de malade à parents, et inversement, sont particulièrement accentuées, il est prudent cependant de ne pas s'en tenir à un seul sens et de ne pas affirmer que, dans tous les cas, la mère est responsable de la psychopathie de l'enfant.

Dans une même famille, cette mère peut être celle de plusieurs enfants. On n'en verra qu'un seul succomber alors que les autres s'évaderont facilement de son étreinte. Il fallait que déjà l'enfant-victime fût physiologiquement et mentalement prédisposé, particulièrement malléable et réceptif. Il faut aussi retenir que, parmi toutes les maladies mentales, la schizophrénie, avec son évolution précoce, capricieuse, torpide, hermétique, est particulièrement épuisante pour l'entourage et que la mère a pu réagir secondairement par une attitude morbide. Enfin, qu'elle a pu aboutir aussi à des idées de culpabilité et qu'alors son retour à l'attitude de mère-nourrice est beaucoup plus réactionnel que primitif.

C'est dire que le problème est très complexe et que les efforts de M. Sivadon sont méritoires quand ce ne serait que pour rétablir la confiance entre famille et médecin.

M. Schweich. — Je voudrais souligner deux conséquences particulièrement importantes de la psychothérapie de groupe que M. Sivadon effectue sur les mères des schizophrènes en traitement dans le service.

La première, c'est qu'elle modifie considérablement cette symbiose anormale que constitue la relation de la mère avec son malade. Cette symbiose, la mère tend à la perpétuer au cours de l'hospitalisation : elle résiste au « sevrage » et tend dans sa relation avec le médecin à remplacer le malade par celui-là, et à tyranniser le thérapeute pour le soumettre à sa « névrose ». La classthérapie de M. Sivadon a permis aux mères de prendre une attitude plus objective, et — en même temps que l'amélioration personnelle qu'elles en tirent — de percevoir le médecin traitant, non plus comme un substitut du schizophrène, mais comme son thérapeute.

La deuxième conséquence est cette réaction de culpabilité que M. Sivadon a observé chez les mères de schizophrènes à l'issue de la 4e ou 5e séance. Cette réaction est bénéfique. Les mères prennent conscience du caractère socialement anormal de leur interrelation avec leur enfant. Il me semble, en effet, qu'un des mécanismes pychologiques importants de la mère du schizophrène est son irresponsabilité, sous-tendant une attitude « subdélinquante ». Un des effets les plus remarquables de la psychothérapie didactique est que les mères s'inquiètent spontanément de savoir si, désormais, leurs attitudes à l'égard du malade correspondent à la norme, et qu'elles tiennent compte des avis du médecin, alors qu'auparavant ces questions leur étaient totalement étrangères.

Forme non hallucinatoire de divulgation de la pensée,

par MM. B. Frey, H. Maurel et J.-P. Spielmann

Malgré la rareté des délires d'interprétation pure de tout phénomène hallucinatoire, le dossier des folies raisonnantes est trop classique et trop illustre pour que nous prétendions l'enrichir d'une nouvelle observation. Aussi n'est-ce point pour sa physionomie clinique générale, mais pour un détail particulier de séméiologie, que nous croyons pouvoir vous présenter un cas de délire paranoïaque interprétatif. Nous réduirons en conséquence au plus court résumé nécessaire à l'intelligence du cas l'exposé global de notre observation, pour nous étendre davantage sur un aspect de ce délire qui, pour être partiel et de peu d'importance au regard de l'ensemble, n'en est pas moins, à notre sens, digne de quelque attention.

Observation. — Jeanne S..., en religion sœur M.-V., née en 1916, est issue d'une famille indemne de tare psychopathique. Ses deux sœurs sont mariées ; ses parents sont en bonne santé. A l'école, elle manifesta une assez vive intelligence et fut reçue la première au certificat d'études. A 13 ans, elle entra à l'école des Sœurs de R..., congrégation de religieuses enseignantes, et prononça ses vœux à l'âge de 18 ans. Ce ne fut pas sans amertume qu'elle se vit préférer, au seuil des études secondaires, des compagnes qu'elle estimait moins douées qu'elle-même. Un poste d'institutrice lui échut à Strasbourg : elle s'y résigna. Après trois ans passés dans cette ville, en 1937, elle fut envoyée dans un petit village. L'humiliation qu'elle éprouva de cet exil paraît avoir marqué le début de la psychose. Elle se désole, maigrit, remarque que son éloignement suivait de peu l'avènement d'une Supérieure générale. De plus en plus, précisément, elle soupçonne celle-ci de lui vouloir du mal (« je n'ai pas su la flatter », dit-elle). La guerre étant survenue sur ces entrefaites, la communauté se disperse et les premières revendications de la malade sont étouffées. Après la Libération, la religieuse, réintégrée, manifeste les signes d'une activité délirante hypersthénique. Elle accuse la congrégation de lui refuser les soins médicaux que ses multiples maladies exigent, se plaint à l'évêché, rumine des projets de réforme de l'Ordre et menace d'écrire au Saint-Père (ce qu'elle fit plus tard). Au cours d'une entrevue avec la Supérieure générale, elle expose ses griefs avec tant de violence qu'elle détermine celle-ci à demander l'internement. En octobre 1948, la malade est admise dans le service de l'un de nous.

A cette époque, une quérulance passionnée dominait la scène clinique. Bien que la patiente fût à demi-réticente, l'anamnèse permettait d'établir l'existence d'un délire systématisé à thème de persécution et d'interprétations délirantes caractérisées. Distante, hautaine, obstinée, orgueilleuse, méfiante, la religieuse offrait les traits caractériels de la constitution paranoïaque. Son premier séjour à l'hôpital psychiatrique ne dura que trois mois ; compte tenu du caractère relativement inoffensif des revendications, et en raison de l'incompréhension de la famille, à demi-persuadée de la légitimité des plaintes de la malade, une sortie fut accordée en décembre 1948.

Réfugiée chez ses parents, la malade donne alors libre cours à sa quérulance. Elle ne cesse de poursuivre les Supérieures de son Ordre de missives accusatrices, dont l'une, rédigée à la façon d'un questionnaire, rassemble en peu de mots tous les traits d'une amère et perfide ironie ; assiège les médecins pour obtenir un certificat d'intégrité mentale ; écrit à Rome pour exiger l'application de la règle qui astreint les Supérieures à quitter leur poste après six ans ; au terme d'une longue procédure, obtient sa sécularisation ; fait photographier des documents, consulte des huissiers ; insulte enfin un groupe de prêtres dans un autobus. L'internement devient inévitable : le 3 juin 1955, la malade nous était à nouveau adressée.

La symptomatologie actuelle est celle d'un délire systématisé d'interprétation type Sérieux et Capgras. Depuis l'avènement d'une Supérieure d'origine allemande, dont les deux sœurs, religieuses aussi, propagent l'influence néfaste, la malade souffre de persécutions multiples de la part de la communauté. Nous ne pouvons ici rapporter le détail des innombrables interprétations, actuelles et rétrospectives, dont la patiente nourrit et chaque jour augmente son délire. L'hypocondrie y tient une place importante : scarlatine, sinusite chronique, traumatismes, « catarrhe du rein gauche et de la vessie », diarrhées, bronchites, ptose gastrique, « coagulation au cœur », déviation de la colonne vertébrale — toutes affections contractées au couvent et pour lesquelles non seulement elle ne fut pas soignée mais affectée, au contraire, aux postes les plus pénibles. Les vexations se multiplièrent. La Supérieure la traita de « momie sans âme ». A l'hôpital psychiatrique, la religieuse se découvre environnée d'infirmières, toutes issues de R..., berceau de la communauté. Les malades la tourmentent de « railleries par indirect ». Une flaque de liquide répandue devant la porte de sa chambre indique à tous qu'elle est réglée. Par des sous-entendus, on insinue qu'elle est amoureuse de l'interne. De transparentes allusions sont dénoncées par le ton sarcastique des conversations autour d'elle. Le couvent veut sa perte. Chaque jour la malade présente au médecin des récriminations nouvelles, qu'elle expose en bon ordre, grâce à un aide-mémoire méthodiquement rédigé. Son humeur est sthénique, parfois jusqu'à l'hypomanie. Elle se montre alors capable d'une causticité mordante. Hypocondriaque, querelleuse, rétive, elle manifeste le goût farouche de la solitude, des écrits incisifs, le souci de la preuve, le refus d'être dirigée des vrais paranoïaques. Confrontée avec le médecin, toujours c'est elle qui d'abord interroge et mène le débat.

Tel est le fond morbide où s'inscrivent les manifestations sur lesquelles nous voudrions insister. Jamais, chez notre sujet, et malgré de soigneuses recherches, le moindre phénomène sensoriel ne put être noté. Pourtant, certains de ses propos ressemblent étrangement aux affirmations des délirants hallucinés et pourraient, au premier abord, être considérés comme exprimant des hallucinations psychiques.

« Je suis de plus en plus convaincue, dit la malade, qu'on m'influence pour beaucoup de choses sans que je le sente, et qu'on s'empare de ma pensée. Je ne sais pas ce qu'on fait, ni comment, mais il est impossible d'expliquer certains faits autrement... Pour beaucoup de mes pensées, on me fait savoir par indirect qu'on les connaît. Je crois qu'on m'hypnotise pour me les inculquer afin de me faire croire, ensuite, qu'on sait tout ce que je pense. On

n'agirait pas autrement si l'on voulait me décourager de tenter des démarches contre le couvent, et me faire savoir qu'ils seront prévenus chaque fois. Ce qui est sûr, c'est qu'on a su bien des choses d'avance. De quelle manière, je l'ignore, mais je le constate, souvent indirectement. Par exemple, j'ai pensé hier à la gare de M... ; moins d'un quart d'heure après, une malade a parlé de cette gare, ce qui, normalement, ne se produit jamais... Ce matin j'ai pensé à vous demander de consulter une dame gynécologue, pour être sûre qu'on ne m'accuse pas de rechercher les hommes ; j'avais à peine fini de le penser qu'une malade a crié qu'elle voulait être soignée par une doctoresse. L'infirmière a rougi peu après : probablement aussi elle savait cela... J'ai constaté qu'on sait d'avance tout ce que je décide. Je ne crois pas à la télépathie, dans mon cas, car on connaîtrait tout ; or, on ne sait que ce qui peut servir à me fâcher. Ce serait plutôt de l'hypnose par collectivité, dont la Supérieure locale de l'école Jeanne-d'Arc de Mulhouse m'a dit avoir réussi des expériences en 1937. » A nos questions répétées, précises et même suggestives sur l'existence de phénomènes hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires directement perçus, la malade répond formellement qu'elle n'éprouve rien de tel.

L'idée délirante de fuite et de divulgation de la pensée, qui s'organise ici en thèmes secondaires d'hypnose et d'influence, offre la particularité de se manifester sous une forme *non hallucinatoire*. Loin d'exprimer, comme il est habituel, une donnée immédiate de la conscience du vol de la pensée, de pensée imposée ou d'écho sensoriel, l'idée délirante se présente comme un concept *déduit* de faits externes, suivant la méthode explicative des interprétateurs. Son évidence résulte, non d'une perception, mais d'un raisonnement. Notons son caractère *partiel* (certaines seulement des pensées du sujet sont connues) et ses nuances diverses (pensée devancée, devinée, divulguée), formellement apparentées à celles décrites par de Clérambault en son syndrome du « petit automatisme mental ».

Un certain intérêt clinique nous paraît attaché à cette forme interprétative d'un thème délirant, que l'on tend trop souvent à juger spécifiquement hallucinatoire. De tels faits ne sont probablement pas rares. On en peut relever des exemples dans l'ouvrage de Sérieux et Capgras, des « Folies raisonnantes », où l'on voit dénoncé le risque de « prendre certains interprétateurs pour des hallucinés, en raison de leur façon de s'exprimer, qui prête à l'équivoque » (p. 58)... Il nous paraît utile d'insister sur ce risque, à une époque où l'on tend à admettre que les délires paranoïaques les plus purs se développent à partir d'expériences oniroïdes plus ou moins hallucinatoires. Il convient donc d'analyser très minutieusement les idées d'influence et de divulgation de la pensée que l'on peut rencontrer au cours de délires interprétatifs, avant qu'il soit permis de conclure à leur nature hallucinatoire. Ce point de séméiologie n'est pas sans importance. L'attachement de certains délirants à la formule interprétaive, poussé parfois jusqu'au travestissement des expériences d'effraction de la personnalité en termes de déductions et de logique, nous semble, clini-

quement, d'un très grand intérêt. Même si les sentiments vécus de ces malades sont identiques à ceux des délirants hallucinés, même si les distingue seul un *mode d'expression* qui enveloppe, en fait, des contenus semblables, entre eux subsiste une différence qui, pour être verbale, n'en est pas moins, et par là-même, très significative. Par-delà la critique contemporaine de la nosographie classique des délires et le remaniement qui tend à confondre en un groupe homogène tous les délires systématisés, dits « de structure paranoïaque », l'on ne peut s'empêcher de remarquer qu'entre les formes hallucinatoires et interprétatives de ces délires existe aussi une différence assez grande, assez *formelle*, pour être qualifiée de structurale. Le délire se présentant à nous cliniquement comme un *discours*, il ne nous paraît pas indifférent d'en distinguer les types structuraux qui, nécessairement, seront d'ordre verbal : celui de l'affirmation immédiate et celui de la démonstration logique. Le thème de divulgation de la pensée peut ainsi, suivant la forme du délire, être affirmé (mode hallucinatoire), ou démontré par un raisonnement (mode interprétatif). Le « choix » de l'une ou l'autre de ces structures suffit, à notre sens, à justifier la distinction nosologique, bien établie par les auteurs classiques, entre la pure paranoïa et les délires hallucinatoires systématisés.

Si maintenant, abandonnant le plan formel de la séméiologie, nous examinons le contenu du thème, l'expérience vécue qu'il désigne, sa position privilégiée, universelle, dans la phénoménologie des délires nous devient évidente. Tous les auteurs signalent sa fréquence dans les psychoses hallucinatoires, paranoïdes et systématisées ; n'est-il pas remarquable qu'on puisse le rencontrer aussi dans le cadre strict de la paranoïa, *en dehors même de tout appoint hallucinatoire ?* Cela ne serait pas possible si le sentiment de « fuite de la pensée » n'exprimait la généralité d'une expérience inhérente à la nature même du délire. Les interprétateurs les plus lucides, les plus « raisonnants », les plus persuasifs, n'échappent pas au phénomène de *transparence* qui établit le délirant au sein d'un monde trop significatif, abolit l'autonomie de sa personne en la projetant au niveau des objets, et la transforme, suivant le mot d'un malade de Séglas, en un « cristal » ouvert à la pénétration d'autrui.

Discussion

M. X. Abély. — J'ai été très intéressé par cette communication, et par les commentaires qui l'accompagnent dont je tiens à souligner l'importance. Je partage entièrement la thèse des auteurs qui ont osé s'élever contre des conceptions contemporaines qui ne répondent pas à la réalité clinique. Il y a là un problème nosologique auquel je me suis attaché depuis longtemps. J'ai pu recueillir à ce sujet un grand nombre d'observations, dont je me proposais de publier un jour la synthèse, confirmant amplement l'opinion des auteurs. Il existe en effet de nombreux délires d'influence avec pseudo-automatisme mental (pensée captée, divulguée, imposée, etc...), qui ne possèdent nullement la structure hallucinatoire, mais relèvent du méca-

nisme raisonnant, interprétatif que décèle, sous l'apparence trompeuse de l'expression verbale, une analyse un peu poussée.

Il ne s'agit pas d'hallucinations psychiques vraies, d'automatisme mental authentique, ressenti comme une donnée immédiate et lié à un processus de désagrégation psychique, mais bien d'un jugement faux, d'une déduction erronée. Je compléterai la conception des auteurs en précisant que, dans les cas qui nous occupent, l'interprétation n'est pas seulement exogène, objective, « déduite de faits externes », mais souvent aussi endogène, subjective, lorsque la malade dirige particulièrement son attention sur son activité psychique. Cependant, la confusion clinique du délire d'influence interprétatif et du délire d'influence hallucinatoire est extrêmement fréquente et aboutit dès lors à des constructions théoriques illusoires.

Rôle du choc amphétaminique dans le diagnostic et le traitement des névroses alcooliques, par MM. Pierre Fouquet et Jean Clavreul.

Depuis cinq années, nous avons introduit dans la cure des névroses alcooliques l'utilisation systématique du choc amphétaminique sous la forme d'injection intraveineuse chlorhydrate de méthamphétamine dextrogyre. Cette épreuve pharmacodynamique, dont l'inocuité est parfaite, présente ici un double intérêt diagnostique et thérapeutique qui nous paraît en justifier l'emploi habituel.

On doit à M. J. Delay et à ses collaborateurs la description et l'étude de ce procédé. En 1949, ils en avaient préconisé l'emploi dans le traitement de l'alcoolisme aigu, mais accordaient la préférence aux narco-analyses pour l'exploration de la personnalité du malade.

Nous utilisons le choc amphétaminique dans le cadre de l'étude et du traitement du facteur psychique qui, selon nous, représente, avec le facteur toxique et le facteur de tolérance, l'un des trois éléments du syndrome alcoolique. Ce procédé trouve sa place à un moment déterminé de la cure, après que le malade ait subi une préparation qui lui permette d'en bénéficier au maximum. Préalablement désintoxiqué selon les procédés biologiques habituels (alcool intraveineux et vitamines du groupe B), il a subi ensuite un traitement à l'apomorphine. Ainsi, hospitalisé depuis deux semaines environ, le plus souvent rétabli physiquement, ayant acquis un désintérêt authentique à l'égard de l'alcool, il entre dans la dernière phase de son traitement, celle qui vise à la mise en évidence de sa névrose et à son éventuel traitement.

L'abord du facteur psychique a lui-même été progressivement préparé. Depuis son entrée, le malade est soumis à une psychothérapie éducative, sous forme de « lettres » quotidiennes, destinées à l'aider à mieux comprendre les divers aspects de sa maladie. Par des contacts répétés, il a été invité à parler de lui, et notamment à écrire son autobiographie. Enfin, il a été soumis aux tests psychologiques habituels.

Le plus souvent, c'est dans un remarquable esprit de coopération qu'après avoir accepté l'abstinence d'alcool il désire parler de ses difficultés psychologiques et se montre très réceptif à la psychothérapie. C'est à ce moment que fréquemment, après une premier entretien sous narcose, nous pratiquons le choc amphétaminique.

L'injection intraveineuse de 3 cc. de méthédrine provoque chez nos malades les symptômes habituels, sur lesquels nous n'insisterons pas : troubles de l'appétit et du sommeil, parfois céphalées, mais surtout hyperactivité mnésique, exaltation affective, etc... L'intensité de ces manifestations est variable ; elles sont ressenties comme agréables ou pénibles, sans que cet élément nous paraisse présenter un intérêt diagnostique quelconque. Par contre, le contenu de la réponse au choc amphétaminique présente un intérêt certain. Schématiquement, nous distinguerons trois éventualités : ou la réponse est nulle et négligeable, ou elle est révélatrice d'une structure névrotique jusqu'ici inapparente, ou enfin, dans une structure névrotique connue, elle permet au malade de verbaliser certains éléments particulièrement importants.

1° Les résultats nuls ou négligeables s'observent chez les malades dont l'élément névrotique proprement dit est de faible intensité.

Observation 1. — M. B..., 50 ans : consommation quotidienne de boissons alcoolisées très importantes depuis 25 à 30 années. Accède au traitement en raison de la déficience de son état général. Accepte facilement sa cure. L'investigation psychologique ne révèle aucune difficulté particulière d'adaptation à un univers très limité de boucher de village. Au cours du choc amphétaminique, il parle facilement, avec plus de volubilité de ses thèmes habituels : le travail, la chasse, les amis.

Observation 2. — M. E..., 50 ans : aspect clinique assez comparable chez un malade appartenant à la petite bourgeoisie de province. Le problème psychologique se résume ainsi : immaturité affective, prolongation anormale d'un état d'adolescence par l'action conjuguée de l'alcool, d'un père autoritaire et d'une femme particulièrement tolérante. Le choc amphétaminique ne modifie pas l'énoncé de ses préoccupations ordinaires : revendications timides de son droit à l'autonomie financière et familiale. Désir de continuer à jouir des avantages limités, mais peu compromettants, d'un fils de famille aisée.

Dans ces observations, le choc amphétaminique ne fait que confirmer le diagnostic cliniquement porté d'infantilisme affectif léger, avec pauvreté habituelle des intérêts intellectuels, affectifs et sociaux, suggestibilité, tels qu'on l'observe dans les cas d'alcoolites. L'alcool faisait partie de l'hédonisme du sujet. Après la disparition des troubles du comportement provoqués par son usage abusif, on ne trouve aucun élément constitutif d'une névrose, mais seulement ceux d'une personnalité médiocre.

2° Plus intéressants sont les effets du choc amphétaminique, qui s'observent chez des malades qui, à un examen même approfondi, ne paraissent présenter d'autres signes de névrose que leur alcoolisme. Ici est révélée au patient aussi bien qu'au médecin la profondeur d'un état qui ne peut guérir par de simples résolutions d'abstinence.

Observation 3. — M. B..., 44 ans : atteinte toxique grave, avec troubles du jugement et de la mémoire. En dehors de ces symptômes, d'apparition récente, que l'on peut espérer voir régresser au cours d'une cure prolongée, le malade présente de sa vie un schéma en apparence satisfaisant : célibataire par égoïsme, vivant en famille par commodité, mais conservant à l'égard de celle-ci son indépendance de jugement, réussissant normalement dans une profession libérale, depuis plusieurs années s'efforce de limiter sa consommation dans un cadre relativement strict d'habitudes. Il attribue ses troubles actuels à une simple erreur d'appréciation quant à la quantité que son organisme pouvait tolérer. Au cours du choc amphétaminique, le patient abandonne cette attitude de défense, parlant de lui-même avec une angoisse considérable, révélant sa détresse profonde, son dégoût de la vie, son dépit de ne pouvoir s'assigner un but, ses désirs de suicide. On doit remarquer qu'au cours de cette épreuve le malade ne parle pas de ses obsessions homosexuelles, de sa pratique de la flagellation et de divers symptômes qu'il avait révélés au cours d'un précédent séjour, sept années auparavant.

Observation 4. — M. H..., 39 ans : tableau clinique d'apparence simple. Travaillant depuis l'âge de 14 ans, le sujet a commencé à boire dès la fin de l'adolescence. Sa consommation ne l'a pas empêché d'aider avec efficacité son frère à poursuivre ses études, de réussir professionnellement, de faire un mariage apparemment normal. Les quelques difficultés qu'il éprouve dans son travail, dans sa vie conjugale, sont facilement explicables en apparence par son alcoolisme. Sa politesse, son optimisme de commande, son désir de guérir peuvent laisser croire à un pronostic favorable. Au cours du choc amphétaminique, il est amené à parler avec une émotion intense du caractère fermé et froid de sa femme, de son incapacité à la comprendre, de l'inutilité de sa vie professionnelle, et enfin de ses continuelles préoccupations relatives à la mort. Pendant 24 heures, il montrera un véritable état dépressif et anxieux, qu'il mettra plusieurs jours à recouvrir de la façade habituelle.

Dans les exemples de cet ordre, l'importance des symptômes toxiques, la valorisation excessive trop facilement accordée aux facteurs de milieu, camouflent un facteur névrotique d'importance primordiale, qui pèse très lourdement sur le pronostic, même si l'abstinence est maintenue. Le choc amphétaminique permet ici de mettre en évidence l'importance des contenus névrotiques sous-jacents et de faire le diagnostic d'alcoolose.

3° L'intérêt du choc amphétaminique peut être plus considérable encore dans les cas où il favorise la mise à jour de certaines racines particulièrement vivaces d'une névrose déjà identifiée.

Observation 5. — M. C..., 50 ans : malade jovial, légèrement hypomaniaque. Instituteur compensant dans les succès faciles de café la déception causée par l'interruption de ses études médicales. Amélioré par la désintoxication, il reste hypomaniaque ; dans son autobiographie, il oublie totalement de parler de sa vie affective et particulièrement du décès d'une sœur, qui a joué un rôle déterminant dans son orientation. Il néglige également de nous signaler ses espoirs déçus, répétant à plusieurs reprises que cette cure doit l'amener à devenir enfin raisonnable. Au cours du choc amphétaminique, il évoque toute une série de souvenirs d'enfance et prend conscience que son ambition était profondément liée à l'affection qu'il portait à sa sœur aînée. La mort de celle-ci a marqué le renoncement à ses désirs et le début d'une consommation pathologique d'alcool. Une multitude de faits se rapportant à ces événements sont alors évoqués ; pendant 24 heures, le malade les revit avec intensité et constate que, pour la première fois, il accepte vraiment la disparition de cette sœur. A la suite de cette épreuve, son comportement se modifie considérablement, il devient beaucoup plus calme et paraît avoir acquis des éléments solides pour sa stabilisation.

Observation 6. — Mme G..., 30 ans : névrose de structure hystérique. Frigidité, hostilité à l'égard de son mari, désintérêt à l'égard de ses enfants. Crises pithiatiques accompagnées d'ivresses. Le choc amphétaminique lui est l'occasion de manifester son profond mépris pour les femmes, et par conséquent pour elle-même et pour sa fille. La netteté impitoyable avec laquelle se manifeste à la patiente cette brusque prise de conscience qui s'impose à elle comme la découverte d'une vérité première entraîne un changement total dans son attitude.

Ces observations entraînent les commentaires suivants.

1° Au point de vue diagnostique : par l'observation clinique seule, il est souvent possible de porter le diagnostic de névrose alcoolique (alcoolose), qui s'oppose à celui d'alcoolisme simple (alcoolite). Cependant, malgré l'existence de critères distinctifs souvent nets entre ces deux formes cliniques, on observe des formes de passage qui nécessitent, de la part du médecin, une attitude systématique de recherche des facteurs névrotiques. L'épreuve à l'amphétamine, pratiquée dans les conditions que nous avons indiquées, apporte avec facilité un nouvel élément d'appréciation de l'intensité du facteur psychique, qui permet de ne pas se laisser abuser par le masque du malade guéri et consentant.

2° Au point de vue thérapeutique : l'abstinence nécessaire à la stabilisation du malade est rapidement mise en péril si les facteurs névrotiques ont été méconnus ou négligés. Les éléments révélés par le choc amphétaminique apparaissent à un moment de la cure où le malade est capable de les intégrer à l'expérience qu'il vit. Leur utilisation sur le plan psychothérapique nécessite une attention et une présence particulières chez le médecin. Dans les heures qui suivent et plus tard, en post-cure, le malade s'y référera souvent comme à un point culminant de son traitement. Les limites de ce procédé sont indi-

quées par l'observation 3, dans laquelle nous avons noté que le malade, sous amphétamine, n'avait fait aucune allusion à ses problèmes sexuels. Ce qui domine cependant, dans ce type de psychothérapie rapide, c'est l'aspect de révélation et de découverte de soi, dont le malade tire un incontestable bénéfice.

En résumé, l'usage systématique du choc amphétaminique paraît devoir être retenu chez les malades atteints d'un syndrome alcoolique, tant au point de vue diagnostique qu'au point de vue thérapeutique, et ceci particulièrement chez ceux atteints de névrose alcoolique.

Discussion

M. P. Abély. — Je voudrais seulement demander à M. Fouquet s'il a pu recommencer ce choc amphétamique chez les mêmes sujets après rechutes et après un assez long intervalle et s'il a obtenu alors les mêmes explosions affectives et des confessions identiques ou si, au contraire, les données nouvelles étaient très différentes des précédentes. En somme, s'il y avait constance dans les révélations étiologiques.

A propos d'un cas de complications neurologiques du traitement par la chlorpromazine. Considérations cliniques et pathogéniques, par MM. J. Delay, R. Sadoun*, R. Ropert et M. Guibert.

Nous avons eu l'occasion d'observer longuement une malade chez laquelle le traitement par la chlorpromazine a déclenché l'apparition de complications neurologiques, qui nous ont paru intéressantes du fait de leur aspect clinique et du terrain particulier sur lequel elles sont survenues.

Observation. — Il s'agit d'une femme de 36 ans qui, du point de vue psychique, présentait un délire d'influence flou, peu structuré, sans discordance ni signes de la série catatonique. Ce délire était apparu progressivement sur un fond de débilité mentale importante. Les antécédents de la malade étaient tout à fait normaux, tant au point de vue familial que personnel. Du point de vue somatique, on notait chez elle un albinisme et, à l'examen neurologique, un nystagmus congénital et une légère asymétrie des réflexes tendineux des membres inférieurs. Un examen électro-encéphalographique montrait par ailleurs un tracé pointu et asymétrique.

Un traitement par la chlorpromazine a été institué le 26 février 1955, à raison de trois injections intramusculaires quotidiennes de 50 mgr. chacune. Dès le troisième jour est apparu un tremblement des mains. Le traitement a été continué cependant et le lendemain, c'est-à-dire quatre jours après le début du traitement, la malade a présenté un tableau clinique comprenant à la fois des signes de type parkinsonien et de la série catatonique. Au pre-

* Attaché de Recherches à l'Institut national d'hygiène.

mier plan de ce tableau on constatait un tremblement, bilatéral, prédominant au niveau des mains, mais également perceptible au niveau des avant-bras, de l'épaule, et même des membres inférieurs. Ce tremblement ne présentait pas l'aspect habituel du tremblement parkinsonien. Par ailleurs, existait une diminution de certains mouvements automatiques et associés avec démarche les bras soudés au corps ; la mimique était inexpressive, la parole difficile, les marionnettes exécutées lentement, mais il n'y avait ni hypertonie, ni rigidité, pas de phénomène de la roue dentée, pas d'augmentation des réflexes de posture.

A côté de ce syndrome de type parkinsonien, nous avons constaté chez cette malade l'existence de signes de la série catatonique et en particulier d'une catalepsie. Notre malade présentait une passivité remarquable, conservait indéfiniment les attitudes qu'on lui imposait et pouvait se maintenir en équilibre dans une position difficile pendant un long moment sans aucune manifestation de fatigue. D'autre part, elle présentait des phénomènes dits de suggestibilité motrice. Il existait en effet chez elle une échopraxie avec phénomènes d'induction motrice des plus typiques.

On constatait enfin chez cette femme l'existence de signes neuro-végétatifs importants (salivation, sudation en particulier). Il est à noter en outre que son nystagmus congénital s'était considérablement accentué.

Devant cet état, la chlorpromazine a été ramenée à la dose de 50 mgr. *per os* et l'on a vu ainsi, à partir du 5e jour après le début des troubles, diminuer puis disparaître les signes catatoniques et, dans un deuxième stade, les signes parkinsoniens. A l'occasion d'une rechute, nous avons été amenés à reprendre le traitement et nous avons vu se reproduire les mêmes troubles avec la même chronologie. Ici encore, l'arrêt du traitement a entraîné la disparition des troubles dans le même ordre que précédemment.

Notre malade a donc présenté, à la suite d'un traitement par la chlorpromazine, un syndrome complexe, fait à la fois de signes de la série parkinsonienne et de la série catatonique. Lorsque l'on reprend les observations déjà publiées de complications neurologiques au cours de traitements par la chlorpromazine, on constate que ce syndrome catatonique, sans avoir été nommément désigné, a cependant été constaté par certains auteurs (Fluegel en particulier). Par ailleurs, cette observation nous permet d'avancer une hypothèse sur les causes possibles de complications neurologiques au cours du traitement par la chlorpromazine. Dans une communication récente, H. Steck a posé le problème du rôle éventuel que peuvent jouer dans de tels cas la toxicité du produit d'une part, la nature de la maladie et le terrain sur lequel elle survient d'autre part.

Chez notre malade, il n'est pas possible d'incriminer la toxicité du produit, souvent invoquée seule, eu égard aux doses relativement faibles qui ont été administrées (150 milligrammes *pro die* par voie intramusculaire). D'autre part, l'apparition des troubles au troisième jour du traitement, c'est-à-dire à une date où les phénomènes de sensibilisation n'ont pas eu le temps de se produire, permet d'éliminer l'éventualité d'un facteur allergique. Signalons à ce propos que la

malade a présenté plus tard, douze jours après le début du traitement, un eczéma du bras droit. En revanche, nous ne pensons pas qu'il soit possible de négliger le fait que cette malade, en dehors de sa débilité mentale, présentait un albinisme et surtout un nystagmus congénital, une asymétrie des réflexes tendineux, une asymétrie du tracé électroencéphalographique. Ces faits permettent, selon nous, d'invoquer l'existence d'un facteur d'intolérance, lié peut-être, du moins dans ce cas particulier, à une fragilité nerveuse prédisposante.

Conclusions et vœu au sujet de la nouvelle organisation du diplôme des infirmiers des hôpitaux psychiatriques

Dans sa séance du 26 octobre 1955, la Société avait nommé une commission composée de MM. Fr. Adam, H. Baruk, G. Daumézon, M. Leconte, P. Neveu et R. Perrot, chargée de donner son avis sur la nouvelle organisation du diplôme des infirmiers des hôpitaux psychiatriques, fixée par l'arrêté ministériel du 28 juillet 1955.

Au nom de cette commission, M. G. Daumézon donne lecture des conclusions auxquelles elle est parvenue :

« La commission estime :

1° Que le programme laisse de côté un enseignement essentiel dans la formation morale des infirmiers des hôpitaux psychiatriques concernant l'attitude de l'infirmier vis-à-vis des malades mentaux. De cette attitude dépendent les précautions contre les mauvais traitements, contre l'incompréhension, contre les sanctions arbitraires, contre les injustices et l'atmosphère d'oppression ou de duplicité dans les services.

2° Le programme laisse trop de côté des tâches essentielles concernant la médecine pratique et la petite chirurgie. Entre autres lacunes relevées : soins des furoncles, anthrax, lymphangite, variétés de pansements, premiers soins en présence d'une fracture, corps étrangers des voies aériennes, urgences abdominales, problèmes d'importance vitale et de grande fréquence dans les services de psychiatrie. De même semble avoir été oubliée la petite pharmacie : vérification des médicaments et façon de les administrer.

3° Par contre, le programme est beaucoup trop développé dans l'exposé de la pathologie mentale théorique, qui n'est pas du ressort de l'infirmier, et qui peut l'entraîner à des diagnostics et des pronostics injustifiés. On signale l'absence étonnante de la confusion mentale et des soins à cette psychose aiguë.

4° Le programme est beaucoup trop rigide et ne laisse pas au médecin, à cause de son découpage strict en leçons précises, la latitude

nécessaire pour organiser cet enseignement essentiel pour la bonne marche du service.

5° Un tel programme doit être avant tout pratique, concret, réel, et adapté à la tâche de l'infirmier.

La commission émet le *vœu* que soit révisé le programme publié.

Une nouvelle étude devrait aussi être entreprise des conditions de l'examen.

La Société médico-psychologique devrait être appelée à désigner l'un de ses membres pour participer aux travaux préparatoires du nouveau texte. »

La Societé *adopte ces conclusions et ce vœu à l'unanimité* des membres présents. Ils seront transmis à M. le ministre de la santé publique.

Election d'un membre correspondant national

Après la lecture du rapport de M. H. Baruk, au nom d'une commission composée de MM. P. Combemale, M. Leconte et H. Baruk, rapporteur, M. J. Launay est élu *membre correspondant national* par 16 voix sur 17 votants.

La séance est levée à 19 heures.

Le secrétaire général :
Xavier Abély.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 3 novembre 1955

Présidence : M. P. MATHIEU, président

Les dysthyroïdies des traumatisés craniens, par MM. R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge et A. Pagès.

Etude d'ensemble, à partir de 630 observations personnelles, de la répercussion diencéphalo-hypophyso-thyroïdienne des traumatismes du crâne. Les auteurs opposent la rareté des dysthyroïdies cliniquement évidentes (trois de leurs observations concernant deux maladies de Basedow et un cas de myxœdème hypophysaire dont l'origine ne paraît pas discutable) à la fréquence des dysthyroïdies latentes mises surtout en évidence par le marquage à l'iode 131. 47 sujets sur 60 atteints de syndrome subjectif post-commotionnel se révèlent aussi atteints d'un dysfonctionnement thyroïdien, plus souvent d'un hyper- que d'un hypo-fonctionnement. L'intérêt pratique et médico-légal de ces faits est souligné.

Syndrome myotonique au cours d'un myxœdème hypophysaire post-traumatique de l'adulte, par MM. R. Lafon, P. Passouant, R. Labauge et A. Pagès.

Observation de syndrome myotonique pur, indépendant de toute modification morphologique musculaire (ni hypertrophie, ni atrophie), apparu au cours d'un myxœdème hypophysaire immédiatement secondaire à un important traumatisme cranien : évolution favorable, mais dissociée du syndrome myo-hypothyroïdien par le traitement mixte (thyréostimuline-hormone-extraits thyroïdiens).

Crises bravais-jacksoniennes, seule manifestation clinique d'un cholestéatome évoluant depuis 30 ans, par MM. M. Bonduelle et P. Bouygues.

Observation d'un malade qui, pendant trente ans, a présenté des crises généralisées, alternant avec des crises localisées faciales. Le traitement anticomitial n'empêchant pas l'augmentation de fréquence des crises, les investigations artériographiques et électro-encéphalographiques ont conduit à intervenir. Il s'agissait d'un cholestéatome.

Considérations sur les métastases intra-craniennes, d'après 107 cas vérifiés, par MM. D. Petit-Dutaillis, R. Messimy et H. Berdet.

107 cas de métastases intra-craniennes : les auteurs insistent sur l'aspect clinique très polymorphe, et la difficulté d'affirmer une multiplicité que vient souvent confirmer l'évolution. La confrontation des données cliniques et des examens spéciaux, en particulier des électro-encéphalogrammes, est pourtant susceptible de préciser le nombre et la localisation des foyers lésionnels et, par conséquent, de limiter les indications opératoires. Dans dix cas, la survie post-opératoire dépasse six mois.

Certains facteurs paraissent orienter le mode évolutif : nature histologique de la tumeur, présence ou absence du cancer primitif ; situation d'une métastase isolée à la face interne de la méninge est un bon facteur. Il faut toujours rechercher le cancer primitif et, si possible, l'extirper.

Angiomatose épidurale et cutanée, par MM. R. Melaragno Filho, A. Anghinah et R. Paulo Araujo (de Sao-Paulo).

Observation d'un malade présentant une angiomatose cutanée (face postérieure du thorax, région dorso-lombaire gauche, fesse, cuisse et jambe du côté gauche) ; le développement, en quelques mois, d'une paraplégie des membres inférieurs, du type par compression, conduisit à l'extirpation chirurgicale d'un angiome épidural de D4 à D9, de 12 cm. de longueur (hémangiome caverneux) et le malade guérit complètement de sa paraplégie. Pareille association d'un angiome épidural au voisinage d'une angiomatose cutanée est rare.

La coagulation partielle du pédoncule antérieur des thalamus dans les douleurs invétérées. Perspectives intéressantes en psycho-chirurgie, par M. D. Ferey.

Technique utilisant deux électrodes et permettant de coaguler une partie du pédoncule antérieur du thalamus sans avoir le danger des méthodes antérieurement préconisées. Des résultats intéressants ont été observés dans le cancer inopérable et dans certaines psychoses opératoires.

Accidents nerveux des cardiopathies congénitales cyanogènes (étude de 80 cas avec 50 contrôles anatomiques), par M. S. Thieffry, Mme E. Bargeton et M. P. Corone.

Ces complications sont tantôt spontanées, tantôt post-opératoires. Il s'agit d'accidents paroxystiques comitiaux, d'accidents paralytiques : hémiplégie de topographie diverse à tendance régressive, jamais observée avant l'âge de 6 mois, des syndromes d'hypertension intra-cranienne. Les cas d'abcès

cérébral, Parkinson, chorée, restent exceptionnels. Au point de vue anatomo-pathologique, les auteurs insistent sur la considérable distension veineuse et l'existence de ramollissement artériel et veineux. La physiopathologie reste obscure ; hyperviscosité, anoxie, hypercapnie, augmentation de la masse sanguine ne sont pas les seuls éléments, les thromboses ne s'accompagnent pas d'endartérite et sont de pathogénie imprécise. Enfin, les dilatations veineuses semblent acquises, d'où l'intérêt de faire des interventions précoces. Le caractère hémorragique des ramollissements, du fait de la dilatation veineuse, fait éviter l'emploi des anticoagulants.

L'électro-encéphalogramme dans la maladie de Friedreich, par MM. P. Kissel, G. Arnould, P. Hartemen, J. Dureux et G. Debry.

Electro-encéphalogramme de trois membres d'une « famille de Friedreich » dont l'un est indemne de toute manifestation clinique. On note, sur les trois tracés, des altérations de type épileptique, alors que tous trois ont un psychisme entièrement normal et qu'aucun n'a jamais présenté d'accidents épileptiques.

Les auteurs concluent que la dysrythmie cérébrale peut constituer, chez des sujets atteints de maladie de Friedreich, le seul signe d'une extension du processus morbide, qu'elle peut exister chez des sujets cliniquement sains de la même famille, et que ces porteurs, inapparemment, peuvent transmettre à leurs enfants la tare héréditaire, soit complète, soit dissociée. Ils soulignent l'intérêt diagnostique, nosologique et génétique de ces observations.

Un cas de para-ostéo-arthropathie des hanches chez une jeune fille opérée de tumeur intra-médullaire, par MM. F. Thiébaut, D. Philipidès, et F. Isch.

Observation de para-ostéo-arthropathie des hanches, type Déjerine-Ceillier, compliquant une paraplégie par tumeur intra-médullaire. Les calcifications péri-articulaires ont été mises en évidence radiologiquement après une période de paraplégie grave, consécutive à l'ablation partielle de la tumeur et ayant duré près d'un an. Actuellement, plus de deux ans après l'intervention, la récupération fonctionnelle est bonne et la marche est plus gênée par le blocage de la hanche que par les séquelles spastiques.

A propos du procès-verbal sur 2 observations de polynévrite par isoniazide à prédominance motrice, par M. J. Nick.

Observation d'un cas comparable, mais dont les troubles sensitifs prédominaient et s'extériorisaient par des troubles de persévération des sensations cutanées. Ces manifestations de persévération devraient être recherchées plus souvent qu'on ne le fait, car elles sont peut-être très fréquentes.

Thermode variable (appareil pour la mesure quantitative de la perception thermique), par M. J. Barbizet.

Présentation d'un appareil qui permet des variations rapides de 0° à 60° au niveau d'une plaque de contact destinée à l'exploration quantitative de la sensibilité thermique. Cet appareil enregistre la plaque et la température cutanée par thermo-couples.

Le spectre de perception thermique et ses variations chez le sujet normal, par MM. G. Boudin, J. Barbizet et Bui Quo Houng.

Résultat d'expériences en vue d'établir un étalonnage de la sensibilité thermique chez le sujet normal. En utilisant la thermode variable, les auteurs ont pu préciser les limites normales du spectre de perception thermique, qui comprend trois zones (perception du froid, neutralité, perception du chaud) comprises entre : 1° le seuil de douleur au froid ; 2° le seuil de perception du froid ; 3° le seuil de perception de la douleur au chaud. Ils étudient les variations du spectre en fonction de la température cutanée, de la température sous-épidermique (siège des thermo-récepteurs) et la répartition topographique du spectre de perception thermique.

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du 21 novembre 1955

Présidence : M. A. TOURNAY, président

Les difficultés de pronostic en psychiatrie infantile. Importance des facteurs sociaux et de la rééducation scolaire, par M. M. Brissot.

L'auteur présente l'observation d'un enfant de 8 ans, qu'il considère comme rentrant dans le cadre de la démence précocissime. Il s'agit d'un garçon dont le comportement était pervers et qui présentait un retard scolaire total. On doit noter des perturbations importantes de ses conditions familiales. Cet enfant a fréquenté l'école et a pu suivre toute la scolarité primaire. L'auteur individualise à ce propos la notion de pseudo-démence précocissime avec syndrome de passivité et d'indifférence émotionnelle.

Discussion

M. L. Michaux. — Cette observation pose un problème diagnostique : s'agit-il d'une schizophrénie ? — et un problème doctrinal : existe-t-il des schizophrénies abortives comme cette observation semble l'indiquer ?

M. G. Heuyer. — Il ne s'agit vraisemblablement pas d'une démence précocissime qui s'accompagne toujours d'un certain affaiblissement intellectuel. M. Heuyer rappelle qu'il a décrit avec Desclaux un syndrome de passivité post-encéphalique.

A propos d'un cas d'Eonisme, par MM. G. Heuyer, S. Lebovici, L. Dell, Mme G. Pringuet et M. Novelleto.

Présentation d'un adolescent de 15 ans, hospitalisé parce qu'il avait demandé à être opéré pour changer de sexe. Il s'agit d'un garçon extrêmement intelligent, fils naturel d'une schizophrène internée, recueilli par une assistante sociale qui l'a ultérieurement adopté. Ses tendances à l'inversion complète se sont peu à peu révélées mais remontent, d'après le sujet, à un passé assez lointain. Le sujet s'identifie complètement aux femmes et désire être traité comme tel par les hommes.

Cette observation ne semble pas entrer dans le cadre des perversions simples et les auteurs posent le problème d'une évolution schizophrénique — diagnostic vers lequel semble conduire l'absence de tout effort actuel, la rationalisation très pathologique de cet état, le maniérisme dont l'intensité est tout à fait frappante. Les auteurs insistent sur les idées de suicide très menaçantes de cet adolescent.

Présentation d'un cas de schizophrénie infantile suivi depuis plus de 4 ans, par MM. G. Heuyer, S. Lebovici, J.-L. Lang et K. Stein.

Observation d'une petite fille, actuellement âgée de 11 ans, suivie depuis quatre ans, vue pour la première fois pour crises d'anxiété avec phénomènes oniroïdes. Elle a évolué peu à peu vers un cas typique de schizophrénie infantile.

Les auteurs présentent également un ensemble de dessins qui ont été recueillis pendant plusieurs mois.

Les mauvais résultats de la prothèse auditive chez l'enfant par carence éducative, par Mme Borel-Maisonny.

L'auteur signale que la prothèse auditive ne donne pas toujours les résultats que l'on en attendait chez les petits enfants. Quelquefois, la prothèse semble avoir été mal indiquée, mais plus souvent il semble qu'elle aurait dû donner des gains considérables. Or, lorsqu'on revoit les enfants un à trois ans après la prothèse, on constate souvent que les progrès ont été nuls dans le développement du langage.

L'auteur rappelle que les enfants sont difficilement capables d'analyser les séquences sonores et que, même chez les enfants normaux, il existe des troubles du langage peu durables — dus à leur inexpérimentation dans l'analyse acoustique.

Elle propose de remédier à ces difficultés par une éducation spécialisée. Celle-ci devra surtout porter sur les exercices de perception à partir des éléments constitutifs du son (durée, fréquence, timbre). Ils devront s'accompagner d'exercices de perception globale par la compréhension de phrases complètes.

La rééducation ainsi menée peut conduire à des résultats inespérés chez les enfants intelligents atteints de surdité grave.

S. Lebovici.

Société de médecine mentale de Belgique et Société be'ge de médecine légale

Séance commune du 29 octobre 1955
consacrée à la discussion sur un **projet de réforme de la loi de défense sociale,**
introduit par M. J. Bobon (de Liége)

Présidence : MM. P. ENDERLE et Ch. ROUVROY, présidents

En ouvrant la séance, qui est honorée de la présence de nombreux magistrats et juristes invités à participer à la discussion, le président Ch. Rouvroy prononce l'éloge funèbre de MM. A. Leroy et H. Hoven, anciens secrétaires généraux et anciens présidents de la Société de médecine mentale.

Un projet de réforme de la loi de défense sociale,
par M. J. Bobon (de Liége).

L'orateur commente les propositions qu'il a introduites il y a deux ans au sein de la Commission de révision du droit pénal et dont le texte a paru dans la *Revue de droit pénal et de criminologie*, 34e année, n° 4, p. 333. Il estime qu'il faut prendre les juristes comme ils sont et s'adapter à leurs conceptions, notamment en ce qui concerne la notion de peine. Sa proposition était un compromis destiné surtout à résoudre le problème difficile des psychopathes délinquants qui ne peuvent être assimilés aux aliénés. A l'époque où ce compromis a été proposé, la loi du 9 avril 1930 courait un grand péril, qui a heureusement été écarté grâce à l'esprit de large compréhension de juristes éminents. L'auteur proposait de maintenir intégralement le texte de la loi du 9 avril 1930, mais de l'appliquer plus strictement et seulement aux aliénés et aux anormaux très graves qui leur sont assimilables. Pour les psychopathes partiellement irresponsables, il préconisait la création d'un régime entièrement nouveau, participant d'emblée à la fois de la peine et du traitement, régime *médico-pénal*, de durée relativement indéterminée mais comportant un minimum de privation de liberté d'après la gravité de l'acte, et pour lequel il faudrait prévoir dès l'abord le personnel requis et les institutions adéquates.

Discussion

M. Jacques Ley (de Bruxelles). — Le projet de M. Bobon revient en somme à renforcer la loi pour les malades auxquels elle porte préjudice et à la supprimer là où elle s'est montrée vraiment efficace.

En effet : 1° la loi de 1930 ne convient nullement aux aliénés et aux anormaux très graves. Il faut les faire échapper à son mécanisme trop lourd, qui empêche toujours le traitement immédiat de ces grands malades et surtout des cas aigus. La proposition de M. Bobon va donc à l'encontre de ce que les psychiatres qui participent à l'application de la loi réclament unanimement depuis des années. 2° Pour les psychopathes partiellement irresponsables, la loi de 1930 a donné d'excellents résultats. Les anormaux qui lui sont confiés récidivent moins souvent que les récidivistes confiés à la répression classique, et ce, malgré l'insuffisance criante des établissements et des moyens matériels mis à sa disposition. C'est par conséquent une très bonne loi. La plupart des critiques qu'on lui adresse résultent de cette invraisemblable carence de moyens rééducatifs et de reclassement social. Si l'on créait un régime nouveau, cette carence resterait la même, car il est impossible d'improviser tous les organismes nécessaires. Une expérience plus longue de la loi avec tous les perfectionnements techniques indispensables peut seule créer les conditions d'une réforme utile.

M. E. Evrard (de Liége). — Ce sont les anormaux non assimilables aux aliénés qui posent le problème le plus difficile. L'orateur rappelle que lors des discussions de 1947 il avait proposé un aménagement de la loi d'après lequel les détenus qui ont bénéficié d'une réduction de leur peine en raison d'anomalies mentales voient leur temps de détention et de traitement prolongé si l'observation dont ils auront été l'objet dans les milieux pénitentiaires a fait apparaître la persistance de potentialités anti-sociales liées à des traits psychopathologiques de leur personnalité. La peine qui, en fait, est déjà un traitement, serait ainsi prolongée par une mesure de sûreté. Ce régime médico-pénal, complément de la loi de 1930, apporterait une solution à la question des « demi-fous », des cas-limites, qui est le cauchemar des experts et des juristes.

M. J. de Busscher (de Gand). — L'orateur déclare que son intervention ne comportera pas la discussion du rapport de M. Bobon, puisqu'il a siégé avec lui dans la commission de réforme dont il rappelle la composition. Cette commission a fini par se ranger à l'avis de M. le secrétaire général P. Cornil, qui était d'altérer le moins possible le texte de la loi dont seule l'application et non le principe avait été jugée défectueuse. L'orateur donne quelques indications sur l'avant-projet qui a été élaboré. Il sauve le principe curatif de la loi et préconise une participation plus active du médecin-conseil de la défense au moment de l'expertise. M. de Busscher termine en insistant à son tour vigoureusement sur l'inconcevable carence des moyens matériels dont disposent ceux qui doivent appliquer la loi.

M. J. Raveschot (de Duffel). — Depuis 1850, une force centrifuge a fait progressivement sortir du droit pénal les aliénés, puis les enfants, puis les anormaux graves. Depuis quelques années, l'application de loi de 1930 a paru animée plutôt d'une force centripète, et le projet de M. Bobon accentue cette tendance. L'idée de traiter autrement les déséquilibrés est digne d'intérêt, mais cette réforme manque d'actualité en raison de l'absence d'institutions aptes à recevoir ces déséquilibrés. L'orateur insiste sur l'importance des mesures sociales à prendre vis-à-vis des malades après leur libération, et croit

qu'il serait peu psychologique d'en charger, comme le prévoit le projet, l'instance qui a dû sévir.

M. Ch. Andersen (d'Anvers). — La loi de 1930 a permis une expérience unique : l'introduction du bon sens dans la justice pénale. Restreindre son application serait une grave erreur. Nous devons viser au contraire à l'étendre et à doter la loi des améliorations techniques indispensables, parmi lesquelles l'extension d'un service social armé de moyens efficaces semble la plus urgente.

M. A. Bomboir (de Mons). — En pratique, et quelle que soit la terminologie utilisée, les établissements de défense sociale reçoivent deux catégories de malades : ceux qui relèvent des thérapeutiques psychiatriques courantes, et ceux pour lesquels des formules nouvelles devraient être étudiées sous la forme de centres de rééducation spécialisés. La réforme la plus urgente est le recrutement et la formation de tout le personnel nécessaire, et il ne semble pas qu'il soit pour cela nécessaire de modifier la loi.

M. P. Verstraeten (de Gand). — L'orateur s'associe aux paroles de MM. J. Ley et Ch. Andersen, qui reflètent selon lui l'opinion de la très grande majorité des médecins.

M. L. Carlier (de Tournai). — La diversité des sujets confiés à la défense sociale rend indispensable la création d'établissements spéciaux permettant de les sérier. Il s'agit d'un problème d'ordre matériel bien plus que législatif.

M. le président Goosens (de la commission de l'annexe psychiatrique de la prison de Liége). — insiste à son tour sur l'insuffisance des établissements de défense sociale, insuffisance qui finit par servir d'argument aux avocats pour demander des libérations prématurées. Il est indispensable que les pouvoirs publics se décident à doter la loi des moyens matériels, sans lesquels il est impossible de lui faire donner sa véritable mesure.

M. le conseiller Maréchal. — Les fréquentes contradictions entre psychiatres qui rendent le travail des juges et des jurés très difficile, peuvent-elles être expliquées ? Ces contradictions sont beaucoup moins flagrantes et fréquentes dans les expertises d'autres spécialistes.

M. le juge Versele. — Si le public assistait au délibéré des magistrats, il constaterait que les contradictions entre juristes ne le cèdent en rien aux contradictions entre psychiatres.

M. le conseiller Maréchal. — ne pense pas que cette comparaison soit exacte, car les magistrats n'ont pas à émettre un diagnostic mais à juger des faits et à interpréter des textes légaux.

M. le substitut Van Laethem. — insiste à son tour sur les avis médicaux divergents, et estime que beaucoup de cas de libération prématurée ont pour

origine le fait que les experts envoient en défense sociale des sujets dont la place serait en prison.

M. le conseiller L. Hendrickx. — constate l'accord de l'assemblée sur le fait que le principe curatif doit être sauvegardé et que ce n'est pas la loi mais son application qui doit être modifiée. Il conviendrait de préciser au préalable comment le principe curatif, qui constitue l'essence de la loi de 1930, peut être réalisé médicalement, et de joindre ensuite nos efforts pour que les moyens financiers nécessaires soient mis à la disposition des autorités chargées de son application.

M. M. Alexander. — Il convient de rappeler le rôle important des dispensaires d'hygiène mentale dans l'application de la loi de 1930, mais le manque de ressources empêche ces organismes de rendre les services qu'on attend d'eux.

M. E. de Greeff. — Le fonctionnement de la loi 1930, malgré l'insuffisance de ses moyens, a montré qu'il faut compter beaucoup plus sur les conditions du reclassement et la sévérité de la tutelle, que sur une simple évolution favorable des délinquants. Une tendance existe à faire de la défense sociale pour les délinquants ordinaires. Il existe actuellement quelques établissements pénitentiaires où un certain nombre de déséquilibrés seraient mieux à leur place qu'à la défense sociale, et cela explique certaines modifications proposées. Quant à l'expertise mentale, elle est restée psychiatrique et est peu criminologique. Le vrai problème ne pourra y être traité que lorsque les magistrats nous le demanderont.

M. le directeur général J. Dupréel. — constate que l'accord de l'assemblée est unanime au sujet de la valeur et de l'utilité de la loi du 9 avril 1930. C'est sa mise en œuvre qui est déficiente. Il faut que l'on sache que seule l'absence de crédits empêche l'administration de réaliser, dans ce domaine-là comme dans beaucoup d'autres, tous les perfectionnements nécessaires.

M. J. Bobon. — ne peut, faute de temps, répondre à tous les orateurs, mais il tient à montrer aux juristes qui ont posé la question des contradictions entre psychiatres, que celles-ci sont plus apparentes que réelles. Au sujet du diagnostic, l'accord est habituel, mais le degré de gravité d'un état morbide peut être diversement apprécié. Il est difficile de définir des critères, mais il conviendrait certainement de rechercher les moyens d'éviter ces discussions.

J. Ley.

Société belge de neurologie

Séance du 29 octobre 1955

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président.

Un cas d'affection musculaire myasthéniforme,

par MM. Hasaerts et Locoge

Présentation d'une femme de 49 ans qui a subi le 10-1-1953 une mammectomie gauche pour adéno-carcinome évoluant depuis deux ans ; l'opération a été suivie de radiothérapie locale et de castration radiothérapique. Dans les antécédents, il n'y a à noter qu'une éruption scapulaire droite vraisemblablement zostérienne, survenue en juin 1955. L'affection pour laquelle la malade consulte est une myasthénie (avec diplopie, entreprise de la face et dysarthrie) affirmée par la positivité des tests à la prostigmine, au chlorure d'édrophonium (Tensilon) et à la quinine.

A cela s'ajoute une importante amyotrophie touchant particulièrement la ceinture scapulaire à droite, et du même côté, le triceps, les faisceaux externes du fléchisseur superficiel des doigts et le premier interosseux dorsal. Le réflexe tricipital droit est très faible sinon absent ; le réflexe du long supinateur homolatéral est diminué. Les études biopsiques font pencher le diagnostic vers la myopathie. Il faut remarquer que l'électromyogramme de certains muscles indique un trouble neurogène, et qu'il n'y a aucun signe sensitif. A signaler aussi une lymphocytose trop élevée dans la moelle osseuse et des modifications des métabolismes pyruvique et urique.

Résultats cliniques et expérimentaux obtenus au moyen de quelques nouvelles substances anti-épileptiques, par M. L. Sorel.

L'auteur a utilisé chez le lapin trois tests expérimentaux : le test électro-encéphalographique, la mesure du seuil de l'électro-choc et du seuil cardiazolique et le test à la pentocaïne, qui détermine également une crise clinique. Les médicaments ont été administrés *per os* et classés en six catégories de toxicité.

Les recherches cliniques ont été effectuées sur un matériel de malades qui résistaient aux traitements courants. Les résultats relatifs à divers produits (doridène, gémonil, posédrine, hibicon, milontin, mysoline et trinuride) sont présentés graphiquement. Ils sont dans l'ensemble assez décevants, sauf pour les deux derniers produits.

Le passage des antibiotiques dans le système nerveux central,
par M. R. Gousette

La notion de barrière dépend en réalité de propriétés physico-chimiques très complexes. Il faut distinguer la barrière hémato-liquidienne de la barrière hémato-parenchymateuse, qui ne présente pas la même perméabilité. L'étude du passage des produits médicamenteux doit donc se faire au niveau des deux barrières. Les recherches ont démontré que les sulfamidés passent beaucoup mieux que les antibiotiques, et surtout que la pénicilline. On pourrait chercher à mettre au point un facteur perméabilisant, mais il semble plus rentable d'agir sur les antibiotiques eux-mêmes pour augmenter leur solubilité.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Psychiatrie clinique, par Paul Guiraud, médecin-chef honoraire des hôpitaux psychiatriques (3e *édition,* 1 vol., 748 pages, Librairie Le François, Paris, 1956).

Ce livre est une troisième édition du précis publié en 1922 par M. Dide et P. Guiraud sous le titre « Psychiatrie du médecin praticien » mais une édition revue, mise à jour, entièrement refondue. Elle se présente comme la suite, comme le complément normal, du volume de « Psychiatrie générale » publié en 1950 par M. Paul Guiraud et dont, lors de sa publication, nous avons souligné ici l'intérêt (*Annales médico-psychologiques,* décembre 1950, pages 662-666). Depuis la première édition en 1922 du livre de Dide et Guiraud, et même depuis sa deuxième édition, en 1929, la psychiatrie a vu naître de nombreuses théories, des points de vue très différents se sont manifestés, des méthodes thérapeutiques nouvelles ont été appliquées. Naguère encore limité à des médecins spécialisés, l'intérêt pour la psychiatrie s'est étendu non seulement à toutes les catégories médicales mais au grand public. Intérêt scientifique, humain, social, sans doute, mais intérêt aussi médical, personnel, thérapeutique. L'ignorance par un praticien de médecine générale des éléments de la psychiatrie ne paraît plus concevable. Si des études spéciales et une longue fréquentation des malades sont indispensables à l'expérience du psychiatre, tout médecin se trouve maintenant en présence d'états pathologiques, de situations familiales, de questions, de demandes même de certaines thérapeutiques par les malades ou leurs familles, auxquels il ne pourra apporter la solution conforme, opportune, qu'après un diagnostic au moins provisoire basé sur la connaissance des aspects cliniques des états psychonévropathiques, de leurs causes et de leurs conséquences possibles. Tel qu'il est conçu, méthodique, clair, complet, avec une table des matières et un index alphabétique de consultation facile, le livre de M. P. Guiraud apporte au médecin non spécialisé les réponses aux diverses questions que la pratique médicale ne manquera pas de lui poser. C'est, de plus, un instrument didactique dans lequel l'étudiant, qu'il se destine ou non à l'exercice de la psychiatrie, trouvera les éléments nécessaires à sa formation. Nombreux aussi seront les psychiatres qui voudront

avoir dans leur bibliothèque et consulter souvent un livre riche en précisions et en vues originales, reflets d'une longue expérience personnelle.

Un plan logique, dont les raisons sont clairement exposées dans une intéressante introduction, débute par une première partie dans laquelle sont exposées et discutées les différentes tendances contemporaines en psychiatrie : attitude bioneurologique qui est celle exposée par l'auteur dans son traité de « psychiatrie générale » et qui est ici résumée ; doctrine psychanalytique, dont il met en évidence le caractère essentiellement dynamiste ; conceptions philosophiques et anthropologiques (phénoménologie, analyse existentiale, organo-dynamisme.

Accordant, à juste titre, la place principale à la séméiologie, élément primordial de toute clinique, mais particulièrement lorsqu'il s'agit d'une science en formation aux cadres nosographiques peu rigides et souvent même non encore tracés, M. Paul Guiraud adopte, pour énumérer et décrire les symptômes, en insistant sur leur ordre de valeur, une méthode de groupement rationnelle tenant compte davantage des nécessités de l'examen clinique que des divisions systématiques de la psychologie classique. C'est ainsi qu'il décrit successivement, de façon précise et concise, en des paragraphes classés et présentés avec une clarté facilitant leur recherche, les anomalies des instincts, les troubles de la thymie et de l'affectivité, les anomalies de l'activité motrice et de l'activité volontaire, les troubles de l'intelligence, les troubles généraux de l'activité psychique (troubles de la conscience, troubles de la personnalité, pensée xénopathique, hallucinations, idées délirantes et délires).

Dans une troisième partie sont condensées les connaissances indispensables à la compréhension du rôle aujourd'hui si important de la neuro-psychiatrie de l'enfance : étapes du développement de l'enfant et psychométrie, oligophrénies et démences, troubles de l'affectivité et du caractère (situations conflictuelles, infantilisme affectif, instabilité, épileptoïdie, asociabilité, délinquance, etc.).

Réunissant en une quatrième partie des états compatibles, de façon prolongée ou continue, avec une existence normale, au moins en apparence, et se manifestant le plus souvent dès l'enfance, états dont le caractère morbide n'est pas toujours ignoré du sujet mais qu'un certain degré de débilité mentale, de fausseté du jugement peut accompagner, M. Paul Guiraud expose ensuite les caractéristiques des névroses (hystérie, névrose obsessionnelle, neurasthénie constitutionnelle, névroses à expression locale) et la psychothérapie des névroses, les corrélations somato-psychiques, les tempéraments, les constitutions psychopathiques et maladies mentales avec structure somatique particulière (cyclothymie ou cycloïdie, schizoïdie), les personnalités psychopathiques et états passionnels dont les réactions posent si souvent de difficiles problèmes médico-légaux.

L'auteur aborde ensuite dans la cinquième partie la description et la justification de ces groupements de symptômes que sont les grands syndromes psychiatriques. Aux syndromes cliniques purs habituellement envisagés, il substitue des syndromes clinico-anatomiques ou encore clinico-neurophysiologiques, dont il s'applique à hiérarchiser la symptomatologie, à dégager les symptômes essentiels, directs, générateurs, résultant d'anomalies de l'activité d'un groupement nerveux anatomo-fonctionnel. Attitude anatomo-clinique qui permet de montrer comment et d'élucider pourquoi un même symptôme psychiatrique peut résulter de causes différentes, figurer

par conséquent dans le tableau clinique d'états pathologiques divers. C'est ainsi que sont décrits successivement, sous l'appellation de syndromes hormo-thymiques : le syndrome maniaque, le syndrome mélancolique (et, sous le nom de psychose intermittente maniaque-dépressive, les variétés étiologiques géniques de manie et de mélancolie), le syndrome hébéphrénique pour lequel l'auteur a proposé le nom d'athymhormie juvénile (syndrome dont l'importance et les difficultés particulières sont l'objet d'une analyse approfondie), les diverses variétés de syndromes délirants, les éléments essentiels et les variétés du groupe disparate et extensif décrit par E. Bleuler sous le nom de schizophrénie.

Après avoir, dans la sixième partie de ce précis, rappelé le rôle des psychiatres français dans l'étude de la confusion mentale et de l'onirisme, dont il souligne les sources thymo-affectives et dégage la structure intellectuelle, les formes associées et les particularités étiologiques, l'auteur examine, dans une septième partie, les états démentiels : démence sénile et presbyophrénie, démences dégénératives (maladie de Pick, maladie d'Alzheimer), démences artériopathiques, démence paralytique et démences d'origine syphilitique, démence toxi-infectieuse (trypanosomiase, encéphalite épidémique, démence alcoolique, etc.), démence traumatique, démence accompagnant des affections chroniques des centres nerveux.

Analyse séméiologique et groupement syndromique appellent cependant une synthèse, au moins provisoire, dont l'auteur demande les bases à l'étiopathogénie. Reclassement étiologique dont les exemples sont fournis par la description de l'épilepsie et des anomalies brusques de l'activité rythmique des neurones (permettant à M. Paul Guiraud de conclure « que dès maintenant la nature de l'épilepsie doit être envisagée comme une anomalie neuro-physiologique »), de l'alcoolisme et des diverses intoxications, des toxicomanies, ainsi que des états psychopathologiques relevant d'une étiologie endocrinienne, néoplasique, traumatique.

Cet important ouvrage, illustré de nombreuses figures originales, et dont l'intérêt pratique est souligné à chaque chapitre par des indications thérapeutiques, se termine par une neuvième partie où sont réunis des conseils pour l'examen des malades présentant des troubles mentaux, les mesures à prendre pour leur traitement à domicile, leur hospitalisation ou, s'il y a lieu, leur internement dans un hôpital psychiatrique, ainsi que des renseignements concernant les expertises, tant au civil qu'en matière criminelle. Tout médecin, spécialiste ou non, voudra l'avoir sous la main et le consultera souvent, soit pour préciser ses souvenirs, soit pour confronter sa propre manière d'interpréter, d'expliquer, de présenter un symptôme ou un groupement de symptômes.

René Charpentier.

Manuel alphabétique de psychiatrie clinique, thérapeutique et médico-légale, supplément 1955, par le Dr Antoine Porot, professeur honoraire de clinique psychiatrique de la Faculté de médecine d'Alger. (1 brochure in-8°, 44 pages, *Presses universitaires de France*, Paris, 1955).

Le succès du « Manuel alphabétique de psychiatrie », publié en 1952 par le professeur Ant. Porot et ses collaborateurs (1), est amplement justifié par

(1) (voir *Annales médico-psychologiques*, mai 1952, pages 649-650).

l'intérêt des articles qu'il contient et par la facilité qu'il offre aux étudiants et aux médecins de trouver immédiatement la signification exacte et précise d'un mot, les caractéristiques d'un syndrome ou d'une maladie, le résumé d'une doctrine. Plus de 600 mots ont été ainsi l'objet de précisions et de développements. Cette nouvelle présentation des problèmes psychiatriques possède en outre la possibilité d'additions et de mises au point successives dont le présent supplément est le premier exemple.

Classés comme précédemment par ordre alphabétique, figurent dans cette brochure annexe des articles dont le but principal est de tenir à jour ce Manuel, « en le faisant bénéficier des problèmes qui se sont posés récemment en médecine mentale, des aperçus nouveaux sur des questions anciennes et surtout des thérapeutiques nombreuses et importantes dont s'est enrichie la psychiatrie en ces dernières années ». A la fois lexique et manuel de psychiatrie cet ouvrage, où aucune des sciences n'est omise de celles auxquelles la médecine de l'esprit est redevable de certaines de ses acquisitions, bénéficie ainsi d'une mise au point périodique qu'apprécieront certainement ses lecteurs.

R. C.

Études de socio-psychiatrie (travail de la section de psychiatrie de l'Institut national d'hygiène, présenté par le Dr H. Duchène). (1 volume, monographie de l'Institut national d'hygiène, n° 7, 128 pages, Institut national d'hygiène, Paris, 1955).

Dans son introduction, le Dr Henri Duchène, chef de la section de psychiatrie de l'Institut national d'hygiène, montre l'intérêt des problèmes de socio-psychiatrie, mais aussi les difficultés de leur étude. Il expose le plan des présents travaux.

Le premier de ceux-ci, dû à M. P. Chombart de Lauwe, est consacré à « la maladie sociale comme phénomène social ». L'auteur retrace les origines et l'évolution de la psychiatrie sociale, dont il indique les tendances principales. Il montre l'importance de l'isolement social, l'intérêt d'une analyse du milieu, des structures et des relations sociales. Il faut distinguer milieux restreints et milieux larges. La maladie mentale apparaît à l'auteur comme un fait significatif de la désintégration sociale.

La répartition de trois groupes de maladies mentales dans certains quartiers de Paris et certaines communes de la Seine fait l'objet d'un mémoire de Mme G. Mayer-Massé. De nombreuses données numériques concernent la répartition géographique de malades internés à Sainte-Anne en 1948 et en 1950 et présentant une des affections suivantes : délires chroniques, psychoses alcooliques, démences séniles. De très intéressantes corrélations ont été observées dans certaines zones où la fréquence des affections citées est plus marquée.

MM. A. et H. Torrubia envisagent, sous le titre de « Contribution à une psychopathologie sociale », le rôle de certains facteurs sociaux dans la pathogénie des troubles mentaux. Ils montrent la grande influence exercée par la transplantation. Prenant à ce sujet l'exemple de jeunes Bretonnes venues se placer, à Paris, comme bonnes à tout faire, ils analysent les conditions de leur mauvaise adaptation. En ce qui concerne l'immigration, les auteurs pensent que « le rôle du milieu dans la pathologie mentale de

l'immigré ne semble donc pas avoir de caractères qualitativement différents de celui de la population d'origine résidentielle ».

Enfin, MM. G. Daumézon, Y. Champion et Mme G. Champion-Basset, consacrent le dernier travail du présent volume à « l'incidence psychopathologique sur une population transplantée d'origine nord-africaine ». Il s'agit d'une étude de démographie hospitalière et d'écologie psychiatrique concernant les malades nord-africains masculins d'origine musulmane, admis à Sainte-Anne du 1er janvier 1945 au 31 décembre 1953. Une analyse soigneuse des données numériques permet de mettre en évidence certaines caractéristiques du groupe considéré. Il y a, en particulier, une évolution parallèle avec celle du marché du travail.

Des graphiques, des tableaux, des cartes, des références bibliographiques complètent les différents mémoires.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

Découverte du système nerveux, par Paul Cossa. (*Etudes*, novembre 1955 et décembre 1955).

Dans une vue d'ensemble dont la densité n'exclut pas la clarté, M. Paul Cossa a entrepris d'exposer comment le système nerveux se présente au neurophysiologue qui, après avoir utilisé les méthodes de la neurophysiologie cellulaire, envisage le névraxe dans son ensemble selon les techniques d'une physiologie d'organe ou de portions d'organe. Examinant d'abord le pôle histophysiologique de la neurophysiologie, la naissance, la nature, le mécanisme, le mode de transmission de l'influx nerveux, l'auteur indique ensuite comment, à l'autre pôle de la neurophysiologie, l'expérimentateur, opérant sur des distances relativement grandes, voit dans le système nerveux un appareil apte à recevoir des excitations venues du milieu extérieur et à élaborer des réponses à ces excitations. Résumant les connaissances actuelles sur les grands systèmes sensitivo-moteurs, il met en évidence la complexité de leur fonctionnement, leur hiérarchisation, la subordination des divers centres, leur régulation par des conducteurs cérébelleux. Il montre le système nerveux végétatif imbriqué tout au long de son trajet au système cérébro-spinal, le rôle de véritables réflexes végétatifs trouvant leur incitation dans le fonctionnement même de l'organe qu'ils doivent régler. La formation réticulée, dont il souligne la richesse en connexions végétatives, règle l'électrogénèse cérébrale, en synchronise ou en désynchronise les rythmes, l'adaptant, tantôt aux conditions de l'activité de veille, tantôt à celles de l'activité de sommeil.

Dès que l'on quitte la neurophysiologie pure, c'est le domaine de l'esprit que l'on aborde. Et il n'est pas de chapitre de la neurophysiologie au terme duquel ne se présente ce domaine. Si incertaines soient-elles, M. Paul Cossa s'applique à en tracer les frontières, envisageant successivement la régulation veille-sommeil, la régulation affective et la prise de conscience de l'émotion, les approches de la conscience des sensations et de la délibération du mouvement, les approches de la physiologie du langage, le problème des lobes dits « intellectuels ». En définitive, recherchant s'il existe une possibilité de localiser la conscience, M. Paul Cossa, rappelant la dis-

tinction sur laquelle insistait récemment le professeur Th. Alajouanine entre conscience et vigilance, conclut que ce qui est localisable c'est, non pas la conscience, laquelle « est Esprit » et ne peut avoir une localisation cérébrale, mais la fonction de vigilance.

René Charpentier.

L'hématome intracérébral spontané (étude clinique, artériographique, électro-encéphalographique et thérapeutique de 50 observations), par Georges Serratrice. (1 brochure, 104 pages, Éditions Leconte, Marseille, thèse Marseille, 1955).

Après un historique, dans lequel il montre que l'évolution des idées sur les hématomes intracérébraux spontanés a passé par plusieurs phases, l'auteur aborde l'étude nosologique. L'opposition habituelle entre hémorragie cérébrale classique et hématome intracérébral spontané semble relever surtout d'une différence de localisation. En effet, la comparaison entre les formes profondes et superficielles montre que la gravité tient davantage à la topographie elle-même qu'à la cause de l'hémorragie. Il faut admettre l'existence, parmi les hématomes intracérébraux spontanés, de formes rappelant l'hémorragie « médicale ». Inversement, certaines hémorragies profondes peuvent se comporter comme des hématomes.

Au point de vue étiologique, l'hypertension artérielle intervient dans 44 % des cas, les malformations vasculaires cérébrales dans 20 % ; aucune cause n'a été retrouvée dans 36 % des cas.

Cliniquement, le début, après prodromes, d'ailleurs inconstants, est souvent marqué par un ictus brutal avec perte de connaissance, ou par une hémiplégie sans coma.

L'évolution ultérieure est très variable, généralement progressive vers l'aggravation. Il est possible de distinguer, comme formes topographiques :

hémorragies profondes (50 %) [antérieures ou frontales (28 %), moyennes (22 %)] ;

hémorragies superficielles (36 %) [frontales (14 %), temporales (10 %), fronto-temporales (2 %), temporo-pariétales (10 %)] ;

hémorragies postérieures ou occipitales (14 %).

L'artériographie cérébrale est la méthode d'exploration de choix. Elle montre l'existence d'une néoformation avasculaire expansive repoussant les vaisseaux en faisceaux parallèles. Elle permet parfois un diagnostic étiologique.

L'électro-encéphalogramme, dans les cas typiques, révèle l'association d'un foyer d'ondes delta et d'anomalies irritatives à type de pointes. La persistance d'ondes delta est un bon élément de diagnostic post-opératoire, s'opposant à la disparition de ces ondes après exérèse d'une tumeur.

Le diagnostic s'appuie sur les éléments cliniques, ophtalmologiques, angiographiques et électro-encéphalographiques. Il faut éliminer : le ramollissement cérébral, certaines formes neurologiques de l'hypertension artérielle, surtout les tumeurs cérébrales.

Le traitement opératoire comprend deux techniques essentielles : la trépano-ponction-aspiration chez les malades dont l'état est particulièrement grave ; le volet cranien, toujours préférable quand il est possible. Le meilleur moment pour intervenir se situe vers le 5e ou le 6e jour. Parmi les résultats opératoires, on note, dans 26 % de cas de la série étudiée, une évolution fatale. La guérison a été obtenue dans 74 % des cas, mais au prix de

séquelles dans 40 %, séquelles motrices, hémianopsiques, psychiques. Les récidives sont rares.

La thèse, dans laquelle sont exposées les cinquante observations, se termine par une assez importante bibliographie.

V.-J. Durand.

PROBLÈMES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

L'énigme des stigmatisés, par le Dr René Biot. (1 vol, 192 pages, im « Bibliothèque Ecclesia », Librairie Arthème Fayard, Paris, 1955).

Etude critique, non de faits observés directement par l'auteur mais, de témoignages antérieurement recueillis et publiés par d'autres. Il s'agit donc de l'examen sur pièces d'un grand nombre de cas de « stigmates » signalés surtout dans le sexe féminin (dans la proportion d'un homme pour sept femmes ce qui, dès l'abord, mérite d'être noté), appartenant le plus souvent à des ordres religieux, et très diversement répartis géographiquement.

Après un chapitre consacré aux stigmates, à leur emplacement, à leur aspect, à leurs modalités d'apparition, à leur durée et à leur évolution, ainsi qu'aux phénomènes associés (douleur, saignement des plaies et sueurs de sang, accumulation de maladies, arrêt des fonctions de nutrition, communions à distance, extases et visions, etc.), M. René Biot recherche la nature et l'explication de ces phénomènes.

Rappelant la rigueur recommandée par Benoît XIV, alors cardinal, pour l'examen des guérisons considérées comme miraculeuses, M. René Biot choisit l'attitude qui devrait être celle de tout observateur : « mettre tout en œuvre pour trouver une explication naturelle des phénomènes constatés, et ne laisser attacher l'étiquette de préternaturel que lorsqu'il n'y a pas moyen de faire autrement ». Après avoir examiné les critères d'authenticité des faits, de leur énoncé, des qualités des témoins, du contenu même du témoignage, il examine s'il s'agit de plaies d'un caractère spécial, différant des plaies habituelles produites par un agent extérieur, et discute la valeur, l'objectivité de certaines observations et vérifications expérimentales. Il conclut à « l'existence de plaies justifiant un diagnostic propre », « spécifique », méritant « un nom spécial et celui par lequel on les désigne couramment : stigmates ».

Cela dit, le problème reste posé. S'agit-il de manifestations pathologiques ? La question, bien connue de nos lecteurs, a été très souvent envisagée. Le Dr René Biot en donne les raisons et discute des exemples. Il en déduit seulement que l'ensemble des symptômes présentés par les porteurs de plaies ici étudiés, « ressemble étroitement à ce que l'on constate chez les malades que la classification médicale désigne sous le nom de : névrose hystérique ». Mais, ajoute-t-il, « cela constitue-t-il la preuve que les plaies, elles aussi, sont de nature hystérique » ? C'est de ce doute que, pour lui, résulte une énigme. « Tout ce qui se produit chez une tuberculeuse n'est pas nécessairement de nature tuberculeuse. »

D'autres voient dans ces phénomènes des faits préternaturels, « signes qui nous sont donnés libéralement par Dieu pour nous aider à acquiescer aux vérités de la Révélation » et en donnent également des raisons tirées des vertus morales poussées jusqu'à l'héroïsme des porteurs de plaies et du

courant de foi, de piété qui transfigure leur entourage. Mais, fait observer M. René Biot, le désir respectable d'édification de ces apologies repose sur des simplifications excessives qui faussent la réalité. Il traduit aussi parfois « un besoin de merveilleux qui ne se sent rassasié que lorsque s'accumulent prodiges sur prodiges ». Et l'auteur montre comment le rapprochement fait « entre les plaies stigmatiques et les marques du Crucifié soulève en réalité beaucoup plus de questions qu'il n'apporte de réponses ». Aussi l'explication de ceux qui voient dans ces plaies la marque d'intervention de forces prénaturelles ne lui paraît-il pas s'imposer.

D'où la prudence et les réserves de l'Eglise dont M. René Biot rapporte des exemples récents. Il cite aussi la mise en garde du Christ contre les faux prophètes et les faux prodiges, rappelée en 1927 par le cardinal Faulhaber, archevêque de Münich, résumant en sept points la doctrine catholique concernant le merveilleux. Et si l'Eglise célèbre chaque 17 septembre la réception, en 1224, par saint François d'Assise, sur ses mains et sur ses pieds, des traces des trous de la crucifixion, c'est le seul cas de stigmates dans lequel elle se soit prononcée.

Pour caractériser des plaies auxquelles il garde une place particulière, le Dr René Biot retient le mot de stigmates à la condition expresse qu'il n' « inclue pas nécessairement une signification miraculeuse ». La preuve n'ayant pas été apportée de leur « origine extra-humaine », il ne leur reconnaît pas « valeur de signe divin ». La conclusion de l'auteur, membre du Comité médical international, chargé de revoir les décisions du Bureau d'études médicales de Lourdes, auteur dont on sait la compétence particulière et dont de nombreux livres ont déjà été signalés à nos lecteurs, est que subsiste une énigme des stigmatisés.

René Charpentier.

THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique psychiatrique, par le Dr H. Baruk, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin-chef de la Maison nationale de Charenton (1 vol. 128 pages, in collection « Que sais-je ? », *Presses universitaires de France*, Paris 1955).

L'art de guérir est toujoprs un art difficile, le plus difficile de tous sans doute et celui auquel, communément, il est accordé le plus de prix par ceux qui doivent y avoir recours. Combien plus délicate encore est la pratique thérapeutique des troubles de l'esprit ! Que l'arsenal thérapeutique des affections psychiatriques se soit récemment considérablement enrichi est de notoriété courante. Mais, et surtout en ce domaine particulier, l'abondance des moyens, leur excellence même ne sauraient suffire. L'importance n'est pas moins grande du choix qui doit en être fait, de l'opportunité et du mode d'application de la thérapeutique choisie. Si elle est nécessaire, la connaissance approfondie des méthodes, de leurs indications, de leurs avantages comme de leurs inconvénients éventuels, ne saurait résumer les conditions nécessaires à l'art de guérir. Atteignant la personnalité tout entière, les troubles entièrement ou partiellement manifestés par l'esprit exigent encore une vision d'ensemble somato-psychique, une compréhension exacte et fine de cette personnalité, un sens le plus souvent inné mais complété par l'expé-

rience de la manière de l'aborder. Que d'écueils à éviter, sinon que d'échecs en perspective.

Dans ce petit livre, ce sont les armes et les méthodes thérapeutiques qu'expose et que discute M. H. Baruk. On sait l'importance qu'il attache à juste titre à l'art de les appliquer individuellement, souplement, humainement, scrupuleusement. Le premier chapitre traite des méthodes sédatives par altération du système nerveux tendant à épuiser les centres thymiques ou même à les détruire : électro-choc et méthodes convulsivantes dont l'auteur souligne les inconvénients, les dangers (il s'oppose formellement à la pratique de l'électro-choc sous-narcose) confirmés par des recherches psychologiques, physiologiques, expérimentales, dont il critique aussi l'action thérapeutique et les résultats ; coma insulinique ou méthode de Sakel, dont il décrit la technique délicate, les accidents, la possibilité de séquelles et les résultats ; psychochirurgie dont, une fois de plus, il rappelle l'origine, le but, les variétés, les indications ou « pseudo-indications », critique les résultats souvent passagers et dont l'interprétation diffère selon les auteurs, insistant sur la possibilité ultérieure de graves troubles du caractère et de la personnalité. Ces divers procédés ont entre eux de commun l'intention de traiter les symptômes des maladies mentales en altérant le système nerveux. M. H. Baruk recherche quels sont les « complexes psychologiques profonds » de leur faveur auprès de certains médecins : raisons d'ordre purement médical ou mobiles psychologiques conscients ou inconscients. Mais, ajoute-t-il, « les découvertes récentes de produits comme la chlorpromazine, susceptibles de donner dans certaines psychoses des résultats thérapeutiques rapides et impressionnants sans avoir les inconvénients des méthodes de choc ou de la psychochirurgie, apportent un nouvel argument contre l'utilisation des méthodes d'altération du système nerveux ».

A ces techniques, M. H. Baruk oppose les méthodes de thérapeutique étiologiques, biologiques, morales ou psychothérapiques. L'étude toujours en cours et en progrès des causes physiques des maladies mentales (atteintes cérébrales organiques ; perturbations biologiques extracérébrales telles que névroses et psychoses d'origine digestive, tuberculoses atypiques, psychoses endocriniennes ; états organiques divers ; intoxications au premier rang desquelles l'alcoolisme, les intoxications médicamenteuses, les toxicomanies; causes sociales multiples) conditionne la thérapeutique étiologique, biologique de nombreux troubles mentaux. Mais il est aussi des thérapeutiques étiologiques morales, « distinctes des psychothérapies spécialisées et s'adressant à la personnalité entière en vue de comprendre cette personnalité par une sympathie active et de l'aider ». L'auteur, qui a décrit sous le nom de « chitamnie » une méthode reposant « sur la confiance du malade fondée sur une attitude juste à son égard », insiste sur le « rôle capital, fondamental, de la conscience morale dans la genèse des psychoses individuelles et sociales ». En opposition à ces thérapeutiques morales, individuelles, impartiales, minutieuses, suit une critique des psychothérapies systématiques, dogmatiques, des « psychothérapies dérivées », de la narco-analyse qui non seulement est une accélération de la psychanalyse mais, ajoute l'auteur, « en constitue aussi une importante déformation, une violation de la personnalité ». Après un rappel des travaux des neurologistes français, destiné à montrer que si le terme « médecine psychosomatique » est récent, la chose ne l'est guère, M. H. Baruk critique cette appellation et une doctrine qui, par une extension injustifiée, pourrait courir le risque d'aboutir à la

méconnaissance de maladies organiques. Justement abandonnée en France, où elle a connu naguère un succès considérable, l'hypnose, méthode de violation de la personnalité, en favorise la désagrégation. Limitées d'ailleurs par Babinski aux états pithiatiques, les méthodes de suggestion « ont perdu beaucoup de terrain ». L'auteur rappelle enfin les méthodes thérapeutiques psychosociales dont le but est la rééducation et la resocialisation des malades mentaux.

Toutefois, lorsque manquent les bases d'une thérapeutique étiologique, le recours peut s'imposer à des thérapeutiques visant à agir sur les mécanismes physiologiques qui sous-tendent la production des symptômes. Après la cure d'alitement, M. H. Baruk cite les cures de sommeil actuellement très en faveur, qu'il s'agisse des cures de sommeil médicamenteuses par mélanges (cocktails médicamenteux, méthode que l'auteur déclare « détestable »), qu'il s'agisse de l'hibernation, de cures utilisant la chlorpromazine (largactil), administrée seule *per os* par petites doses initiales progressivement augmentées sous surveillance médicale et biologique, de cures de manifestations pithiatiques par le scopochloralose (dont il indique la technique rigoureuse). Des thérapeutiques diverses vasculaires, cellulaires, réflexes, par inhalations de carbogène ou d'oxygène, relaxation, etc., complètent cette revue des nombreuses méthodes et techniques actuellement utilisées en thérapeutique psychiatrique.

Mais après les avoir choisies l'essentiel n'est-il pas de les appliquer ? C'est conclure, avec M. H. Baruk, que la personnalité et l'art du médecin restent, et surtout en psychiatrie, le facteur essentiel de la guérison.

René Charpentier.

Travail d'équipe médical et psychologique dans la cure du malade chronique (Medical and psychological team-work in the care of the chronically ill), rapports et discussion de la conférence des 28-31 mars 1954, tenue à Galveston (Texas), sous les auspices de la « Josiah Macy Jr, Foundation » de New-York et de l'université médicale du Texas, de Galveston, publiés par Molly Harrower. (1 volume, xii-232 pages, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U. S. A., 1955).

L'ouvrage publié par Molly Harrower (de New-York) reproduit le texte des rapports, des communications et des discussions d'une conférence réunie à Galveston pour étudier les problèmes médicaux et psychologiques posés par le travail d'équipe pour les soins aux sujets chroniquement malades. Les trente participants à ce colloque comprenaient des internistes, des psychiatres, des psychologues cliniciens, des médecins intéressés par les questions d'administration hospitalière. Le but était de chercher à préciser ce qu'il faut faire pour aider le praticien de médecine générale et l'interniste à traiter effectivement les problèmes psychologiques posés par les malades chroniques, et aussi de savoir ce que peut donner l'emploi des techniques de psychologie clinique.

Le livre débute par une préface de Frank Fremont-Smith et une introduction de Molly Harrower.

Le chapitre premier, consacré à l'étude des soins et du traitement du malade chronique, indique quelques-unes des particularités de sa thérapeutique, ses difficultés, la nécessité d'une bonne compréhension du besoin de

réhabilitation du malade. Une large discussion permet aux divers participants de préciser leur position.

Le deuxième chapitre envisage les problèmes psychologiques, analysant de différents points de vue les modifications apportées au psychisme du malade par la longue durée de son affection, insistant sur l'importance de l'anxiété, du sentiment d'infériorité et de frustration.

Le chapitre suivant comprend une étude des problèmes du travail d'équipe dans le traitement des malades chroniques. Il comporte une description du fonctionnement du « Team », des relations interpersonnelles qui s'y développent, des applications de la psychologie contemporaine à cet égard. Les problèmes de l'enseignement et de la formation médicale et psychologique du personnel font l'objet du chapitre quatre. C'est surtout la formation du praticien, de l'interniste, qui est envisagée pour leur donner une claire notion de l'importance des questions liées à la cure des malades chroniques.

Dans le chapitre suivant sont opposés les avantages et les inconvénients de cette nouvelle profession que constituerait le doctorat en psychologie médicale, dont l'organisation est longuement étudiée.

Le chapitre six est consacré à la discussion des problèmes de recherche commune entre plusieurs disciplines pour les soins aux malades chroniques, ceux-ci nécessitant des collaborations multiples.

Une discussion générale occupe le chapitre sept. Puis le dernier montre les conditions de la collaboration entre le psychologue et l'interniste, entre le psychologue et le psychiatre.

Les conclusions générales sont tirées par Chauncey D. Leake. Le livre, qui contient d'assez nombreuses références bibliographiques, se termine par un index analytique et onomastique.

V.-J. Durand.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Les séquelles de la misère chez l'adulte, par Ch. Richet, P. Parisot, H. Desoille, Ellenbogen, Fichez, Gallet, Gilbert-Dreyfus, Mans, Ségelle et Uzan. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 26 avril 1955).

La misère est le type de la maladie sociale, avec ses causes déterminantes, ses symptômes et ses séquelles. Les auteurs étudient, d'après les constatations des centres de réforme, les séquelles de la misère chez les déportés. L'encombrement, l'insuffisance alimentaire, l'excès de travail, la fatigue, le froid, les émotions, les heurts psychologiques, les sévices de toutes sortes ont conjugué leurs effets, dont les stigmates persistent encore après dix ans sous une forme grave chez 38 % des déportés. Sur 878 dossiers de déportés ayant des séquelles sérieuses, on relève 256 *cas de syndromes neuro-psycho-*

logiques, 132 de tuberculose actuellement ouverte, 181 d'affections pulmonaires autres, y compris la tuberculose en voie de guérison, 70 d'ulcères d'estomac, 58 de séquelles de traumatisme, 14 de séquelles de dysenterie, 33 de dyspepsies graves. Le présent pathologique des anciens déportés est dominé par l'aptitude à la contamination tuberculeuse, les états psychasthéniques et la sénescence prématurée.

L. R.

Le syndrome d'anorexie mentale (La sindrome di anoressia mentale), par Edoardo Balduzzi (de Brugherio). (Un extrait de 34 pages de la *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 77, fasc. 3, 1953).

Montrant la diversité des opinions émises à propos de la nature de l'anorexie mentale, l'auteur rappelle la nécessité de choisir un point de vue unitaire, également éloigné des positions étroites de l'organicisme et du psychogénisme. On peut admettre un trouble primordial de l'instinct alimentaire dont le refus d'aliments représente l'équivalent psycho-pathologique le plus évident. D'ailleurs, il est nécessaire d'envisager, non pas une, mais plusieurs variétés d'anorexie mentale pouvant évoluer sur des terrains divers : hystérique, psychasthénique, schizophrénique. Quatre observations personnelles de nuance variée sont rapportées. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Délire d'interprétation à forme originale, par Georges-Henri Larue et René Pion. (*Laval médical*, Québec, vol. 19, n° 1, janvier 1954, extrait de 10 pages).

Les auteurs présentent un cas intéressant de délire d'interprétation évoluant depuis plus de trente ans, avec conceptions mystiques, hygiéniques, entraînant un mode de vie original, une alimentation d'une stricte monotonie. Au point de vue étiologique, on peut incriminer une tendance constitutionnelle avec comme facteur déclenchant une encéphalite contemporaine de l'épidémie grippale en 1918. L'internement ne survint qu'en 1952 malgré les troubles du comportement. Aucun affaiblissement intellectuel n'est observé : l'état physique est bon, malgré une hygiène quotidienne très dure et une alimentation restreinte.

V.-J. Durand.

Les démonopathies engendrées par l'encéphalite épidémique (léthargique), par J. Lhermitte. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 15 mars 1955).

Trois observations de délire démonopathique post-encéphalitique. L'idée de possession et l'obsession démonopathique ne sont pas l'apanage des croyants, deux des malades n'étant pas des esprits religieux. Les manifestations qui spécifient la pseudo-possession trouvent parfois leur source, non point dans quelque traumatisme psychique ou dans une déviation primitive de la pensée qu'il est bien difficile d'imaginer, mais dans une altération organique définie du cerveau.

L. R.

Le Rorschach des schizophrènes à la lumière de l'analyse structurale, par J. Burstin. (*L'encéphale*, t. 43, n° 3, 1954, p. 201-230).

Après avoir précisé la notion de schizophrénie et indiqué qu'il fallait, à l'autisme, préférer la définition par les troubles des associations, l'auteur étudie la façon dont le schizophrène élabore les formes du Rorschach et la manière dont il les organise. La comparaison avec l'évolution du test chez l'enfant est très utile. Dans le cours de la maladie, les caractéristiques du Rorschach se modifient. Au début, il y a diminution des possibilités créatrices de la pensée. A la période d'état, défaillance des fonctions d'analyse, de synthèse, ainsi que changements des modes et des niveaux opératoires. A la phase terminale, les réponses sont rares, banales, l'ensemble est figé, impersonnel, il y a des stéréotypies, des réponses syncrétiques, des descriptions des planches. Pendant l'évolution de la maladie, le psychisme est atteint, d'abord, dans sa spontanéité et sa force créatrice ; puis apparaissent des troubles dans les mécanismes de la pensée discursive ; enfin, la vie psychique se réduit à l'extrême.

V.-J. Durand.

Evolution et pronostic comparés de la psychose maniaco-dépressive hier et aujourd'hui, par G. Collier et B. Defer. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 21 juin 1955).

D'une étude portant sur 669 accès mélancoliques ou maniaques survenus chez 400 malades, les auteurs concluent : 1° la mélancolie comporte un meilleur pronostic que la manie ; 2° le traitement par électrochocs guérit plus rapidement les accès mélancoliques ou maniaques, mais le nombre des récidives s'en trouve augmenté, et la durée des rémissions réduite ; 3° mis à part le raccourcissement de l'internement, les accès mélancoliques ou maniaques guérissent aussi bien et aussi souvent, qu'ils soient traités ou non par les électrochocs ; 4° si l'électrochocthérapie influence favorablement les états mélancoliques quant à la durée de l'hospitalisation, elle reste sans influence sur d'assez nombreux états maniaques qui passent à la chronicité à peu près aussi souvent qu'en l'absence d'électrochocs, et cela surtout chez les femmes, dont les manies présentent une évolution souvent défavorable ; 5° le fait pour un malade d'être interné d'office influence défavorablement le pronostic de la psychose et augmente considérablement la durée de l'internement ; 6° en cas d'accès tardif, la présence d'accès antérieurs dans les antécédents influence favorablement le pronostic.

L. R.

Les conséquences et le pronostic à court terme des tentatives de suicide, par I. R. C. Batchelor et M. B. Napier. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 3, n° 4, novembre 1954, p. 261).

Sur 200 sujets qui ont fait une tentative de suicide et qui ont été hospitalisés, 199 ont été suivis pendant au moins un an. 57 % revinrent chez eux et un tiers restèrent hospitalisés. Un an plus tard, 13,5 % étaient encore à l'hôpital. Parmi ceux-ci, 17 sujets étaient soignés dans un hôpital psychiatrique (9 dépressifs, 6 schizophrènes, un paralytique général, un psychopathe) ; 76 % étaient revenus chez eux et parmi eux 59 % avaient repris

du travail. Parmi les sujets qui avaient dépassé l'âge moyen de la vie, 10 % sont morts ; trois et probablement quatre s'étaient suicidés ; sept autres firent une nouvelle tentative de suicide. Les sujets, qui présentent un comportement psychopathique, sont plus aptes à refaire une nouvelle tentative de suicide ; cette prédisposition au suicide dans les psychoses dépressives persiste longtemps pendant la convalescence. Le risque du suicide est très sérieux chez les sujets déprimés qui ont dépassé l'âge moyen de la vie et chez les vieillards. Le rôle joué par les facteurs sociaux dans l'aggravation de la tendance au suicide est considérable. Il y a des sujets atteints d'une maladie grave qui tentent de se suicider pour attirer l'attention sur eux et se faire hospitaliser, d'autres pour entraîner leur entourage dans une direction qui leur soit favorable ; les conflits familiaux, les amours déçus sont la cause de la tentative dans 5 % environ des cas. Des manifestations émotives se manifestent dans 15 % des cas plusieurs mois avant la tentative. Il est curieux de noter que fréquemment la tentative de suicide ne constitue pas un choc important dans le milieu familial. La tentative a parfois comme conséquence une meilleure situation telle qu'un heureux mariage, un emploi plus avantageux, une famille plus compréhensible.

L. Marchand.

Intoxication massive par digitale, à évolution bénigne, dans un cas de mélancolie (Intossicazione massiva da digitale ad evoluzione benigna in un caso di malinconia), par Augusto Claps et Aldo Giannini (de Pise). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 7, n° 6, novembre-décembre 1953, p. 366-376).

Une mélancolique de 43 ans absorbe, dans un but de suicide, 20 mgr. de digitaline. L'appareil cardiovasculaire était antérieurement intact. Les auteurs décrivent les symptômes de l'intoxication : surtout visuels, neurologiques et psychiques avec asthénie, hypotonie, état semi-léthargique. Les altérations de l'électrocardiogramme ont été transitoires. L'évolution a été rapidement favorable. Aucune modification des signes de dépression n'a été notée. Les troubles toxiques seraient dus en partie à des modifications de la circulation cérébrale, en partie à l'action directe de la digitaline sur le tissu nerveux. Références bibliographiques. Electrocardiogramme.

V.-J. Durand.

Influence de l'éthylisme chronique sur la morbidité et les accidents du travail, par B. Cavalie. (*Bull. de la Société de médecine du travail de Toulouse*, séance du 25 juin 1955).

Réunion en 4 ans, dans un service de médecine du travail de l'industrie des travaux publics, de 67 observations d'éthylisme chronique avéré (4,2 % du personnel). Ce groupe d'alcooliques a été comparé à un groupe de non-intoxiqués ayant les mêmes : âge, grade, poste de travail, lieu de résidence.

Les 67 éthyliques totalisent 2.184 jours d'arrêt de travail pour maladie en 4 ans.

Les 67 sujets témoins totalisent dans le même temps 498 jours d'arrêt de travail, pour maladie.

L'auteur a ensuite étudié, par la même méthode, l'influence de l'al-

coolisme sur la morbidité ; les pourcentages des principales affections sont étudiés dans chaque groupe.

Accidents du travail : 229 jours d'arrêt de travail chez les éthyliques, contre 12 jours chez les non-éthyliques ; l'alcoolisme est un facteur de mauvais contrôle psychomoteur ; c'est, en outre, un facteur d'aggravation dans l'évolution des cicatrisations des plaies.

En bloc, 1/25 du personnel (les éthyliques) totalise à lui seul plus du tiers des charges sociales relatives à la maladie, aux accidents du travail et à la mortalité.

L. R.

Le problème des troubles psychiques au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, par M. Hacquart, Beis et Henry (de Nancy). (*Le bulletin médical*, 68e année, n° 7, 1er avril 1954, p. 167-171).

Rappelant le rôle des facteurs psychologiques (importance des phénomènes d'évasion) et des facteurs organiques dans l'apparition des troubles mentaux chez les tuberculeux, se basant sur leur expérience personnelle, les auteurs distinguent : *a*) des malades atteints de déséquilibre psychique, pour lesquels la tuberculose n'a qu'une valeur étiologique limitée ; *b*) des malades présentant des syndromes maniaque, mélancolique ou schizophrénique. Chez ces derniers, peut s'observer l'évolution parallèle des signes pulmonaires et des manifestations psychiques. Des observations typiques sont rapportées pour chacune de ces variétés. L'efficacité, au point de vue mental, de certains traitements phtisiologiques, montre l'intérêt de la collaboration entre les deux spécialistes.

V.-J. Durand.

Incidences neuro-psychiatriques des cardiopathies congénitales chez l'enfant, par J. Bret et C. Kohler. (*Bull. de la réunion de pédiatrie de Lyon*, séance du 12 juin 1955).

88 cardiopathies congénitales cyanogènes de 2 ans 1/2 à 18 ans (31 garçons, 57 filles) ont été examinés au point de vue neuro-psychiatrique (Centre de chirurgie cardio-vasculaire du professeur Santy), dont 7 avant et après l'intervention curative.

1° 39, soit 44 % (11 garçons, 28 filles) étaient d'intelligence normale, avec 2 cas d'hémiparésie, 2 de crises convulsives (l'une avec électro-encéphalogramme normal), 3 de troubles caractériels ; les 32 autres ne présentaient pas d'anomalies neuro-psychiatriques.

2° 49, soit 55 % (29 filles, 20 garçons) étaient d'intelligence insuffisante, dont 9 débiles profonds, avec idéation lente et mémoire insuffisante. 26 de ces 49 avaient des troubles caractériels associés (puérilisme, hyperémotivité), 18 des stigmates neurologiques (2 hémiplégies, 1 diplégie, 1 pseudo-bulbaire, 5 convulsivants).

Dans ce dernier groupe, l'association cardiopathie congénitale et atteinte neuro-psychique fait discuter l'importance relative des anomalies vasculaires cérébrales de l'anoxie chronique, des facteurs affectifs.

L. R.

Les troubles psychiques dans les principales maladies nerveuses héréditaires (I disturbi psichici nelle principali malattie nervose ereditarie), par Adriano Poggialli (de Pise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 5-6, 1953, p. 847-955).

Etudiant successivement comme maladies nerveuses héréditaires : tremblement essentiel héréditaire, maladie de Friedreich, dystrophie musculaire progressive, atrophie musculaire progressive type Charcot-Marie, paralysie spinale spastique familiale, maladie de Little, maladie de Wilson, chorée de Huntington, maladie de Thomsen, dystrophie myotonique, épilepsie-myoclonie d'Unverricht, hémicranie, sclérose latérale amyotrophique, sclérose tubéreuse, myasthénie grave pseudo-paralytique, maladie de Lawrence-Moon-Bardet-Biedl, paralysie paroxystique, maladie de Hallervorden-Spatz, maladie de Lindau, neuro-fibromatose multiple, maladie de Sturge-Weber, Parkinson, l'auteur décrit les troubles mentaux qu'il est possible d'y observer. On peut, dans l'ensemble, distinguer : des états de décadence mentale dont le type caractéristique est celui de la chorée de Huntington, des états de déficience mentale très fréquents, des signes de dissociation psychique d'allure paranoïde, des états dysthymiques, des syndromes confusionnels, des troubles de la personnalité, du caractère et de la conduite. Il faut opposer les affections nerveuses héréditaires dans lesquelles les perturbations mentales sont constantes de celles où elles peuvent manquer. Les rapports de causalité ou de simple concomitance doivent aussi être envisagés. Très importante bibliographie (31 pages).

V.-J. Durand.

Initial camouflage de lésions cérébrales organiques par des symptômes mentaux (Etudes cliniques et électroencéphalographiques), par R. W. Waggoner et B. K. Bacchi. (*The American Jonrnal of Psychiatry*, vol. 110, n° 12, juin 1954, p. 904).

En résumé, il s'agit, ce qui est fréquent, de six cas de tumeurs cérébrales qui ne se sont d'abord manifestées que par des troubles mentaux. Les tracés électro-encéphalographiques ont permis de localiser les tumeurs avant la constatation de symptômes cliniques. Les auteurs voudraient que tous les malades admis dans un hôpital soient électroencéphalographiés, ce qui permettrait le diagnostic précoce des tumeurs cérébrales.

L. Marchand.

De l'atrophie cérébrale chez les malades mentaux, par D. R. Ziegler. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. III, n° 6, p. 454, décembre 1954).

Il est souvent difficile en clinique psychiatrique de préciser si le malade est atteint ou non d'une névrose ou psychose « fonctionnelle », ou bien d'un syndrome mental causé par une atrophie cérébrale progressive. On a alors recours à la pneumo-encéphalographie, mais l'atrophie constatée ne permet pas de différencier la maladie de Pick, la maladie d'Alzheimer, l'artériosclérose cérébrale, la démence sénile. L'auteur a tenté de déterminer les symptômes cliniques qui s'associent à l'atrophie cérébrale décelée par la pneumo-encéphalographie. L'étude a porté sur 40 malades atteints d'atrophie

cérébrale. Dans 25 cas (soit 37,5 %), les troubles mentaux les plus précoces n'ont pas consisté en perte ou affaiblissement de la mémoire ; les symptômes initiaux ont consisté, soit en idées paranoïdes, soit en modifications de la personnalité, soit en symptômes névrotiques (crises anxieuses, obsessions, état dépressif, irritabilité). Comme symptômes neurologiques, on nota des crises convulsives dans 87,5 % des cas, de l'ataxie (marche à petits pas), de la dysarthrie. Les symptômes cliniques, présentés par ces sujets, ont été comparés à ceux manifestés par 29 sujets de contrôle suspectés d'atrophie cérébrale mais chez lesquels la pneumo-encéphalographie était normale. Le diagnostic d'atrophie cérébrale repose sur trois facteurs : 1° affaiblissement de la mémoire ; 2° troubles neurologiques ; 3° âge au-dessus de 40 ans. Si un de ces facteurs fait défaut, il est peu probable que l'on constate une atrophie cérébrale à la radiographie ; si deux de ces facteurs manquent, la probabilité est encore plus réduite. Dans les observations collectées dans ce travail, l'atrophie cérébrale était le résultat de différents processus cérébraux, qui se traduisaient par des syndromes variés (maladie d'Alzheimer, maladie de Pick, altération cérébro-vasculaire, traumatisme cranien, sclérose multiple, chorée de Huntington, atrophie olivo-ponto-cérébelleuse). Cinq sujets âgés de 40 à 60 ans, chez lesquels on avait constaté une atrophie cérébrale, ne présentèrent ni troubles de la mémoire, ni symptômes neurologiques.

L. Marchand.

Maladie de Pick atypique (Enfermedad de Pick atipica), par Nerio Rojas. (*Jornal brasileiro de psiquiatra*, vol. 2, n° 4, octobre-novembre-décembre 1953, p. 386-404).

L'auteur rapporte une observation de maladie de Pick atypique chez une femme de 53 ans, à forme pseudo-neurologique, avec démence préfrontale et choréo-athétose. La pneumo-encéphalographie révéla une atrophie marquée du lobe frontal. De tels syndromes sont de diagnostic difficile. La pneumo-encéphalographie par voie lombaire se montre très utile. A propos de ce cas, l'auteur fait une revue générale de la question en s'arrêtant particulièrement à la pathogénie et à la nosographie des psychoses groupées sous le terme de maladie de Pick. Une figure (pneumo-encéphalogramme).

V.-J. Durand.

Métastases cérébrales et pulmonaires d'une tumeur de Grawitz, par G.-H. Larue et J. Tellier. (Un extrait de 8 pages du *Laval médical*, Québec, vol. 18, n° 7, septembre 1953).

Un malade de 74 ans entre à l'hôpital pour un état d'excitation d'allure maniaque avec appoint confusionnel. L'électro-choc se montre inefficace. On pense à une psychose artérioscléreuse, quand surviennent des accidents comitiaux. La mort survient par cachexie. L'autopsie montre une tumeur rénale de Grawitz avec des métastases pulmonaires et cérébrales disséminées. La radiographie thoracique avait révélé des images évoquant la tuberculose.

V.-J. Durand.

Parapsoriasis en plaque et psychose, par F. Arrighi (d'Arles). (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie (filiale marseillaise)*, séance du 18 décembre 1954).

Femme de 49 ans, présentant un parapsoriasis en plaque évoluant depuis vingt ans. Association de deux grands placards quadrangulaires et de lésions digitiformes ou réticulées. Quelques prodromes cliniques prémonitoires de mycosis fongoïde. Histologie assez banale. Il semble que les poussées soient, partiellement au moins, fonction de l'évolution d'une psychose de frustration ; c'est, ajoute l'auteur, ce qui constitue l'intérêt de cette présentation.

L. R.

Théorie psychogène du psoriasis (à propos de 200 observations), par M. Bolgert et M. Soulé. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 10 février 1955).

Description de la technique d'examen utilisée. On rencontre un état psychasthénique dans 52,5 % des cas, un état anxieux dans 15 %. Rôle déclenchant des poussées par des agressions psychiques ou des frustrations d'ordre divers, passagères ou permanentes (certain chez 48 % des malades et probable chez 20,5 %). Aspect particulier des poussées infantiles. Hérédité similaire chez 29,8 % des malades, favorisant l'apparition de la dermatose, soit directement, soit par l'intervention d'un terrain particulier. Les facteurs psychogènes n'ont pu être retrouvés que chez 7,5 % seulement des malades.

L'existence de certains signes fonctionnels (brûlures), la relation existant entre certains aspects de la dermatose et les agressions psychiques, l'interprétation de certains facteurs classiques d'évolution et celle de l'efficacité relative des thérapeutiques variées, le rôle favorable de la psychothérapie militent encore en faveur de l'origine psychogène du psoriasis.

L. R.

Origine psychosomatique du psoriasis (étude de 200 cas), par M. Bolgert et M. Soulé. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 mars 1955).

Les auteurs ont examiné 200 psoriasiques au point de vue psycho-somatique : terrain psychasthénique dans 52,5 % des cas, terrain anxieux dans 16 %. Dans 68,5 % des cas, causes déclenchantes nettes d'ordre affectif et de nature variée (certaines dans 48 % des cas, probables dans 20,5 %). Chez les psoriasiques infantiles, les perturbations familiales constituent un facteur dominant. Facteur héréditaire dans 29,8 % des cas, qui n'existe isolément que dans 2 % et dans la majorité des cas semble dépendre du terrain mental particulier. Dans 7,5 % des cas seulement on ne retrouve aucun des facteurs précédents (ni terrain mental, ni causes déclenchantes, ni hérédité). En plus de cet ensemble de faits favorable à l'origine psychogène, noter encore : existence de certains signes associés au psoriasis (prurit particulier, sensations de brûlures, altérations des tracés électro-encéphaliques) ; morphologie et topographie de l'éruption, dont les modalités paraissent en rapport avec le caractère plus ou moins intense ou la nature du trauma affectif ;

interprétation de certains facteurs évolutifs (saisons, grossesse) ; effets inconstamment mais indiscutablement favorables de traitements très divers et efficacité d'une psychothérapie bien conduite.

L. R.

A propos de l'étiologie psycho-somatique du psoriasis : étude d'un cas, par M. Bolgert, M. Soule et Mlle J. Noël. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 10 février 1955).

Apparition d'un sporiasis chez une jeune femme dix jours après l'abandon d'un enfant à l'assistance publique, abandon qu'elle ne cesse de se reprocher durant cinq ans pendant lesquels le psoriasis persiste malgré diverses thérapeutiques. Disparition spontanée de la dermatose onze jours après que la malade eut l'assurance de reprendre l'enfant définitivement.

L. R.

Quelques cas de pithiatisme et de simulation en dermatologie, par R. Rollier et Pelbois. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie (filiale marseillaise)*, séance du 18 décembre 1954).

Trois observations : un cas de plaie des lèvres par lame de rasoir et pigmentation des pommettes par poudre de riz touchée à l'alcool iodé, évoluant depuis 18 mois ; un cas d'eczéma kératosique fissuraire pithiatique dont le début remontait à deux ans ; un cas de conjonctivite datant de près de quatre ans, secondaire à une conjonctivite granulomateuse, dans lequel étaient associés pithiatisme et simulation, en rapport avec un trouble affectif.

L. R.

NEUROLOGIE

Valeur sémeilogique de l'angiographie cérébrale dans les traumatismes cranio-cérébraux récents, par P. Wertheimer, L. Mansuy, J. Lecuire et J. Descotes. (*Bull. de la Société de chirurgie de Lyon*, séance du 10 novembre 1955).

L'attitude abstentionniste devant les traumatismes craniens laisse un grand nombre d'hématomes intra-craniens méconnus. L'angiographie cérébrale permet d'éliminer l'hématome intra-cranien et justifie alors l'abstention habituelle.

Depuis 3 ans, sur 900 blessés, les auteurs ont recueilli 73 dossiers valables. Dans 36 cas, il existait des signes cliniques et électro-encéphalographiques de localisation : l'angiographie a révélé l'existence d'hématome dans 20 cas. Elle a donc évité l'opération dans 40 % des cas. Dans 16 cas, il n'existait que des signes électro-encéphalographiques de localisation. L'angiographie n'a révélé que deux fois un hématome. Enfin, l'angiographie cérébrale a été faite chez 21 malades dont l'état comateux se prolongeait ou s'aggravait. L'angiographie a toujours été négative : tous les blessés ont

guéri sauf trois, dont un cas fut vérifié par autopsie : il n'y avait pas d'hématome.

L'angiographie cérébrale a donc évité l'intervention dans 70 % des cas.

L. R.

Etude clinique et artériographique des thromboses sylviennes (A propos de 25 observations), par P. Mouren, J. Bonnal et L. Massad (de Marseille). (*La Presse médicale*, 16 novembre 1955).

25 observations cliniques et artériographiques de thrombose de l'artère sylvienne et de ses branches. Après avoir présenté l'allure clinique générale de leurs malades, les auteurs précisent l'intérêt et les limites de l'artériographie.

Ils ont observé 17 thromboses totales ou subtotales du tronc de l'artère sylvienne et 8 thromboses des branches périphériques, 16 ramollissements sylviens étendus (superficiel, profond ou subtotal) correspondent tous à une lésion du tronc de l'artère sylvienne (thromboses totales ou subtotales), alors que les ramollissements superficiels partiels correspondent à des lésions vasculaires très variables ; la thrombose siège sur une branche périphérique, beaucoup plus souvent sur la deuxième portion de l'artère sylvienne ou sur ses branches, enfin exceptionnellement dans un cas sur le tronc de l'artère sylvienne. Dans ces derniers cas, la discordance ne peut s'expliquer que par l'existence d'une circulation collatérale supplétive. Deux observations de thrombose de petites branches rolandiques, révélées par des syndromes jacksoniens évoluant sous forme d'état de mal.

L'ablation du ganglion sympathique cervical supérieur semble avoir donné d'heureux résultats. Un essai d'individualisation d'un syndrome clinique de thrombose totale ou subtotale du tronc de la sylvienne est tenté.

L. R.

Survenue d'une méningite tuberculeuse deux mois après une vaccination par le B.C.G., par Paul Giraud, André Orsini et Ed. Louchet (de Marseille). (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 18 janvier 1955)

Un étudiant en médecine n'ayant jamais eu de contact tuberculeux connu, ni dans sa famille, ni au début de ses études, et dont la cuti-réaction était négative, est vacciné par le B.C.G. pour ce motif. Il présente, deux mois après cette vaccination, une méningite tuberculeuse. Le diagnostic fut confirmé par l'examen ophtalmologique et par la présence dans le liquide céphalo-rachidien d'un bacille de Koch tuberculisant le cobaye. La maladie évolua vers la guérison en un peu moins d'un an malgré le retard mis au traitement en raison de l'incertitude du diagnostic du début. Des troubles auditifs furent enrayés par le B.A.L.

On discute sur l'origine de cette méningite, due au B.C.G. lui-même ou à la réactivation d'une infection tuberculeuse latente, dont l'origine n'a pu être démontrée. Deux autres cas de méningite tuberculeuse survenue après vaccination sont aussi brièvement rapportés. Ces faits peuvent être rapprochés de ceux qui furent publiés par M. Rohmer en 1936.

L. R.

Méningite tuberculeuse rapidement mortelle à bacille de Koch résistant d'emblée à la streptomycine et à l'isoniazide, par P. Melnotte, R. Senault et R. Huttin. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 11 mai 1955).

Observation de méningite tuberculeuse à évolution rapidement fatale. La souche isolée en première ponction du liquide céphalo-rachidien était résistante d'emblée à la streptomycine (50 gammas par centimètre cube) et à l'isoniazide (20 gammas par centimètre cube), sensible au P.A.S. (1 gamma par centimètre cube).

L. R.

Des méningites chez les sujets vaccinés par le B.C.G., par R. Mande. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 15 février 1955).

M. R. Mande éprouve le besoin de mettre les choses au point et de bien préciser que dans le cas de M. Giraud il ne s'agit pas d'une méningite à B.C.G. Dans de tels cas, c'est le bacille de Koch humain qui est en cause, rarement le bacille de Koch bovin. On peut se demander si le B.C.G. peut favoriser le déclenchement d'une méningite. Une quarantaine d'observations de méningites, de natures diverses, apparues à la phase antéallergique, ont été publiées. En pareil cas, en effet, la vaccination a été pratiquée en période antéallergique ou bien la contamination a eu lieu quelques jours après la vaccination avant que celle-ci ait pu produire son effet. C'est cette dernière éventualité qui semble en cause dans le cas de M. Giraud. De tels faits doivent être portés à la connaissance des praticiens mais il convient de les interpréter convenablement et de les juger en tenant compte des vaccinations collectives. Sur 40 millions de vaccinés au B.C.G., les méningites apparues dans les conditions précédentes ont été tout à fait exceptionnelles.

L. R.

Méningites purulentes aiguës à « Moraxella Lwoffi » par F. Lutier, Brunet, Piéchaud, Steffen (de Paris). (*La Presse médicale*, 4 juin 1955).

Les méningites aiguës à *Moraxella Lwoffi* ne sont pas très fréquentes. Elles réalisent des tableaux cliniques différents, mais où l'on retrouve souvent la gravité de l'atteinte générale avec amaigrissement, cachexie rapide, une évolution tantôt favorable, tantôt suraiguë et mortelle mais souvent subaiguë avec des rechutes. Seul l'examen bactériologique éclairé permet d'en authentifier l'étiologie. Les auteurs relatent quatre observations de méningites aiguës à *Moraxella Lwoffi* dont il n'existe que trois observations dans la littérature. Les signes cliniques et humoraux de ces observations sont confrontés avec les précédentes. Les caractères bactériologiques de ce germe sont analysés.

L. R.

L'encéphalomyélite de la rougeole. Remarques à propos de 4 observations. Etat actuel de la thérapeutique, par V. de Lavergne, M. Boulangé et M. Jérome. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 11 mai 1955).

Sur les quatre observations d'encéphalite morbilleuse rapportées, l'une concerne une forme « pseudo-parkinsonienne », les trois autres des formes

plus classiques, avec coma, ayant réagi à la thérapeutique narcobiotique (déconnexion ou hibernation en cas d'hyperthermie). Ces méthodes semblent aux auteurs être actuellement les plus efficaces à la période critique du début de la maladie.

Quelques particularités cliniques et biologiques sont signalées chez le jeune malade le plus atteint : troubles sensitifs, d'allure acrodynique, glycosurie transitoire, troubles psychiques ; augmentation du phosphore rachidien.

L. R.

Relation entre glaucome et tumeur cérébrale, par F. Marty (de Genève). (*Société suisse d'ophtalmologie*), Lausanne 20 septembre-2 octobre 1955) ; *Médecine et hygiène* (30 octobre 1955).

Présentation de trois cas de glaucome vrai, associés à une tumeur cérébrale et d'un cas de pseudoglaucome, traité depuis huit ans pour glaucome vrai, alors qu'il s'agissait d'une tumeur suprasellaire.

Des cas avec glaucome vrai, deux avaient une tumeur hypophysaire chromophobe et le troisième un gliome probable du III[e] ventricule. Deux avaient subi des opérations fistulisantes mais, malgré cela, même après l'intervention neuro-chirurgicale, la tension oculaire restait variable. La campimétrie montrait deux déficits homonymes atypiques. Au fond d'œil on notait deux fois une pâleur du nerf optique, associée une fois à une excavation avec refoulement des vaisseaux. Un cas présentait un œdème papillaire bilatéral.

Le cas de pseudoglaucome avait une excavation discrète avec refoulement des vaisseaux et un halo atrophique. Mais la tension oculaire n'avait jamais dépassé 25 mm. Le champ visuel montrait une hémianopsie homonyme nette.

Le rapport physiopathologique de cette association échappe. Mais ce pseudoglaucome, d'une part, montre combien il importe dans de pareils cas, non seulement de penser à des altérations vasculaires, surtout de la carotide, mais d'exclure d'abord l'existence d'une éventuelle tumeur cérébrale. D'autre part, même en présence d'un glaucome vrai, surtout si le champ visuel est atypique, se rappeler toujours la possibilité de la coexistence d'une tumeur cérébrale.

L. R.

Myasthénie et polymyosites. Un cas de polymyosite avec thymome. Le syndrome myasthénique des myosites. La myasthénie, syndrome ou maladie, par M. Bonduelle et P. Bouygues (de Paris). *La Presse médicale*, 16 novembre 1955.

Observation clinique et anatomique d'une polymyosite typique ayant évolué en deux mois vers la mort, accompagnée d'une tumeur du thymus dont l'image radiographique avait été découverte trois ans auparavant. Cette observation, unique, ne peut être assimilée à celles, classiques, de polymyosites ou dermatomyosites accompagnant des cancers viscéraux. Elle pose déjà le problème des rapports entre ces affections et la myasthénie.

Deux observations (une dermatomyosite et une polymyosite), dans lesquelles les manifestations musculaires comportent, outre les signes propres à l'affection (douleur, contracture, atrophie), une symptomatologie typiquement myasthénique avec une réponse immédiate à la prostigmine.

Le problème de ces manifestations myasthéniques au cours des polymyosites n'est pas seulement un problème diagnostique parfois difficile (l'examen histologique lui-même peut n'être pas démonstratif), c'est aussi et surtout un problème nosographique. La myasthénie, concluent les auteurs, ne serait-elle pas un syndrome, parfois associé à d'autres manifestations musculaires, à type de myosite ou à type d'amyotrophie confinant aux dystrophies musculaires ; parfois seule manifestation musculaire et, si elle n'est pas associée à des perturbations endocriniennes ou à une tumeur du thymus, constituant toute la maladie ? Ce sont, ajoutent-ils, les cas de beaucoup les plus fréquents, et qui représenteraient la myasthénie proprement dite, la myasthénie-maladie.

L. R.

Neurolipomatose d'Alsberg et neurofibromatose de Recklinghausen, par Roger Even et Christian Sors (de Paris). (*La Presse médicale*, 27 avril 1955).

La lipomatose circonscrite est désignée en France sous le nom de lipomatose de Roch-Leri. Dès 1892, Alsberg soulignait les rapports entre la neurolipomatose et la neurofibromatose, mais, en raison de l'absence d'observations anatomo-cliniques précises, l'identité entre ces deux affections n'avait pu être affirmée. Une observation anatomo-clinique exceptionnelle, associant une neurolipomatose et une neurofibromatose, permet d'intégrer la maladie d'Alsberg dans le cadre nosologique de la maladie de Recklinghausen. Cette conception comporte d'importantes déductions thérapeutiques et pronostiques ; en particulier, elle condamne l'exérèse, celle-ci risquant de déclencher une récidive rapide ou une dégénérescence maligne.

L. R.

Les manifestations nerveuses des leucoses. A propos de 6 observations anatomo-cliniques, par Th. Alajouanine, I. Bertrand, P. Castaigne, F. Lhermitte et G. Gruner. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 mai 1955).

Constatations anatomo-cliniques dans six cas de leucose accompagnés de manifestations neurologiques : un cas de leucose myéloïde avec diabète insipide, infiltrats massifs du système porte infundibulaire, dégénérescence des noyaux supra-optiques ; un cas de leucose myéloïde au cours d'un tableau clinique et biologique de paralysie générale avec infiltrats leucosiques diffus dans les veines et les capillaires de la substance blanche hémisphérique et du cortex ; un cas de leucose lymphoblastique avec atteinte des VII^{e} paires, cécité, et une infiltration en nappe des méninges de la base, de la loge cérébelleuse gagnant les veines du tronc cérébral et infiltrant les nerfs craniens ; un cas de leucose à plasmocytes avec quelques rares infiltrats centraux ; un cas de syndrome de polyradiculonévrite de Guillain-Barré dans une leucose aiguë et un cas de leucose lymphoblastique précédé par un syndrome du type neuro-anémique ayant régressé et ne laissant qu'une discrète spongiose marginale de la moelle.

L. R.

Atrophie élective des lobules paracentraux chez un paraplégique chronique, mise en évidence par encéphalographie gazeuse, par R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J. Minvielle et J. Abric. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 juillet 1955).

Observation d'un homme de 40 ans. Début de la maladie à 24 ans, par fatigabilité du membre inférieur droit. Etat aggravé progressivement, sans poussée évolutive (examens neurologiques échelonnés sur une dizaine d'années). Actuellement, malade grabataire du fait d'une paraplégie hyperspasmodique ; en outre constipation, disparition des cutanés abdominaux et hyperréflectivité des membres supérieurs. Diagnostic de probabilité de sclérose médullaire car tous les examens complémentaires s'étaient montrés négatifs, jusqu'à ce que l'encéphalographie gazeuse révèle une atrophie élective des lobules paracentraux, avec hypercytose du liquide céphalique. Les auteurs discutent le rôle d'une injection de propidon faite à l'âge de 24 ans et suivie de douleurs du membre inférieur droit et celui d'une affection oculaire aiguë ; ils soulignent la rareté des paraplégies par atrophie des lobules paracentraux et l'intérêt de l'encéphalographie gazeuse dans les syndromes de sclérose médullaire qui ne font pas leurs preuves.

L. R.

Les paraplégies brucellosiques, par Henri Roger (de Marseille). (*L'encéphale*, t. 43, n° 3, 1954, p. 246-279).

Les paraplégies brucellosiques étudiées par l'auteur depuis 1911 présentent de nombreuses formes. Au point de vue anatomo-clinique, on peut décrire : 1) des paraplégies flasques relativement rares, soit polynévritiques, soit plus souvent par radiculo-névrites ou méningo-radiculo-névrites, soit exceptionnellement par myélites ; 2) des paralysies spasmodiques plus fréquentes par lésion médullaire, méningo-médullaire ou compression, survenant généralement tardivement ; beaucoup plus rarement se voient des tableaux de sclérose latérale amyotrophique, d'hématomyélie, de sclérose médullaire combinée, de sclérose en plaques. Suivant le siège anatomique des lésions on distingue : exceptionnellement des quadriplégies d'origine cervicale, beaucoup plus souvent des paraplégies dorso-lombaires, rarement un syndrome de la queue de cheval, dans un cas un syndrome de Brown-Séquard. D'après l'évolution, on oppose des formes subaiguës ou chroniques à celles à marche rapide ou aiguë. On décrit aussi des formes à évolution ascendante, en deux ou trois temps. Suivant la date d'apparition, on reconnaît des paraplégies du début, parfois révélatrices, des paraplégies de la convalescence, des paraplégies tardives. Des formes associées sont possibles : neuropticomyélite, neuro-cortico-myélite, paraplégies et troubles méningo-encéphaliques (psycho-polynévrite, méningo-encéphalo-radiculonévrites, formes à début médullaire et à terminaison encéphalique, formes à début par encéphalite, formes intriquées), paraplégies et lésions rachidiennes. Le diagnostic est souvent difficile, même avec l'appui des examens de laboratoire. Le pronostic est très variable suivant les formes. Le traitement souvent décevant, associe : méthode anti-infectieuse, auréomycine, terramycine, aux vitamines B1 et surtout B12, à la strychnine, à l'électro-

thérapie. La neuro-chirurgie permet quelques succès. Plusieurs observations sont rapportées. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

L'épidémie de poliomyélite de 1954 à Dakar et les symptômes aberrants concomitants, par R. Mazaud, P. Giudicelli et J. Moissinac (des Troupes coloniales). (*Revue neurologique*, 1955, Ier semestre, n° 3).

Tableaux pathologiques inhabituels ayant accompagné une épidémie de poliomyélite à Dakar en 1954. Nombreux cas aussi de myalgie épidémique, de méningite à liquide clair, et syndrome de Guillain-Barré, ataxie aiguë curable des syndromes à type de « fièvres intestinales », stomatite aphtoïde. Etiologie virale commune suspectée mais non prouvée.

L. R.

Symptomatologie et diagnostic de la poliomyélite, par R. Debré. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 7 juin 1955).

L'incubation normalement de 10 jours, peut se prolonger pendant 30 à 40 jours. L'invasion est d'abord faite de signes mineurs (angine, fatigue, fièvre légère), suivis d'une accalmie, puis de signes apparaissant brusquement (céphalée, vomissements, fièvre, douleurs diffuses) ; les douleurs ne manquent presque jamais ; la réaction méningée devient nette. Les paralysies apparaissent après trois à six jours, parfois moins ; elles atteignent leur maximum en trois jours, puis commencent à régresser ; le bilan moteur peut être établi au bout d'un mois, cette forme n'est pas mortelle, mais 75 % des malades ont une capacité réduite et 7 % une incapacité totale. Le diagnostic de cette forme commune peut être fait précocement, particulièrement avec le syndrome de Guillain-Barré, dont les réactions liquidiennes sont différentes, au moins au début.

Les troubles respiratoires surviennent chez un malade sur quatre ou cinq ; ils présentent trois types : 1° la paralysie des muscles de la respiration, qui exige la mise en poumon d'acier dès que le malade commence à se fatiguer ou à mal dormir (ce qui sauve un malade sur deux) ; 2° les troubles de la déglutition, qui doivent être traités par une bonne position dans le lit, l'alimentation par voie veineuse, le désencombrement des poumons par aspiration (les malades qui mouraient jadis presque tous peuvent maintenant être sauvés) ; 3° les troubles de la commande respiratoire par lésion bulbaire, avec graves désordres circulatoires, végétatifs et vaso-moteurs, qui doivent être traités par trachéotomie, désencombrement du poumon et respiration avec des appareils comparables à ceux des anesthésistes, sans employer le poumon d'acier (les résultats sont brillants, sauf dans les cas où la paralysie des muscles respiratoires s'associe aux troubles de la commande et où les malades ne peuvent plus quitter le poumon d'acier).

Les formes abortives peuvent être : 1° totalement inapparentes (porteurs de germes sains) ; 2° réduites aux signes mineurs de l'invasion (formes catarrhales) ; 3° se traduire par les signes majeurs, douleurs et signes méningés du stade pré-paralytique. Dans une zone infectée, il n'y a que 1 ou 2 % de paralysie.

L. R.

L'épidémie de poliomyélite de Thuillies (1947), par P. Van de Calseyde, J. Houyet, P. Goffart et G. Noel, L. Laruelle, De Wever, L. Quersin-Thuiy et L. Dekegal (*Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, Bruxelles, février-mars 1955).

Etude détaillée d'une épidémie de poliomyélite : épidémiologique, clinique, symptomatologique, anatomo-pathologique, virologique. Aspect administratif et application de la prophylaxie. En conclusion, la poliomyélite, dans ce cas, s'est transmise par voie respiratoire et l'application de mesures sévères de prophylaxie comportant l'isolement rigoureux du malade, l'interdiction de déplacements de sujets des foyers atteints vers les foyers non atteints constituent une condition absolue dans le succès de la lutte contre l'extension de la maladie.

L. R.

Rôle du laryngologiste dans les formes respiratoires de la poliomyélite, par Paul Aboulker (de Paris). (*La Presse médicale*, 4 mai 1955).

Au cours des atteintes respiratoires de la poliomyélite, conclut l'auteur, le rôle du laryngologiste est fondamental pour le diagnostic des paralysies pharyngo-laryngées et pour le traitement de leurs conséquences asphyxiques. Après avoir insisté sur l'importance de la liberté de l'arbre respiratoire et sur la nécessité d'une organisation endoscopique et chirurgicale impeccables pour parer rapidement et en toute sécurité aux accidents imprévisibles, l'auteur fait un examen critique des signes cliniques observés chez une trentaine de malades. Il envisage ensuite les indications opératoires suivant la forme de complication asphyxique (respiratoire pure, hypersécrétoire, mixte). La trachéotomie étant la seule intervention pleinement satisfaisante, l'auteur décrit sa technique personnelle et discute l'intubation préalable. La trachéotomie est sans dangers propres. Elle permet le branchement d'un respirateur de type convenable (Bang au Engström), et l'aspiration bronchique. Elle ne laisse aucune séquelle après elle. A condition d'être bien équipé, il vaut mieux être trop large dans l'indication opératoire, plutôt que de faire courir un risque mortel par excès de prudence.

L. R.

Épidémie de 6 cas de poliomyélite à forme initialement encéphalitique et apyrétique dus à un virus du type I, par R. Sohier, P. Lépine, G. Barski, J. Perreau et P. Coquet. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 12 juillet 1955).

Les auteurs insistent sur les particularités cliniques et épidémiologiques de cette épidémie ; les six cas ont été du type encéphalitique et la fièvre n'a accompagné que pendant un temps très court l'angine qui a précédé de trois à cinq jours les manifestations nerveuses chez quatre malades ; seule, la survenue d'une monoplégie a fait soupçonner la poliomyélite ; cinq des malades appartenant à trois familles parentes et en contact étroit, ont été atteints en quatre jours ; chez trois d'entre eux, un virus du type I a été isolé des selles ; cette épidémie est survenue dans un hameau isolé de montagne et l'origine de l'infection n'a pu être précisée.

L. R.

Discordances anatomo-cliniques au cours de certaines sciatalgies par hernie discale, par J.-N. Taptas et Faruk Bayulkem (d'Istanbul). (*La Presse médicale*, 19 octobre 1955).

Deux observations de sciatique discale au cours desquelles, alors que le diagnostic clinique était celui d'une compression de la 5e racine lombaire, la hernie fut trouvée comprimant la 1re racine sacrée. En conclusion, la possibilité de telles discordances anatomo-cliniques, bien qu'elles soient très rares, incite à faire pratiquer un examen myélographique, surtout si l'opération doit être faite sous anesthésie générale.

L. R.

Le diagnostic de la hernie discale lombo-sacrée par la myélographie au mono-iodo-méthane sulfonate de sodium (A propos de 500 cas), par E. Woringer, J. Baumgartner et J.-P. Braun (de Colmar). *La Presse médicale*, 16 novembre 1955).

Démonstration statistique de l'important appui que peut fournir la myélographie dans le diagnostic clinique et étiologique de la douleur lombo-sacrée et de la sciatalgie. Il s'agit d'un examen anodin, facile à effectuer et surtout facile à interpréter. Sa négativité et sa positivité constituent l'une et l'autre une aide précieuse quant à la thérapeutique à envisager. Telle sciatalgie traînante faisant penser à une protrusion discale s'est révélée à la myélographie être une sciatique essentielle ; telle douleur lombo-sacrée avec douleurs radiculaires atypiques, rebelle à toute thérapeutique, a pu bénéficier d'une intervention chirurgicale bénigne mais salutaire.

L. R.

La hernie discale est-elle favorisée par la grossesse ? Étude de 100 cas opérés, par André Sicard et Claude Sureau (de Paris). (*La Presse médicale*, 9 avril 1955).

L'étude analytique de cent cas de hernie discale féminine a montré que les modifications dont les disques lombo-sacrés sont le siège pendant la gestation jouent un rôle favorisant ou aggravateur dans la production d'une hernie discale. Mais la grossesse ne peut être tenue comme seule responsable de son apparition. L'étiologie traumatique reste, comme chez l'homme, essentielle.

L. R.

Manifestations neurologiques au cours d'une périartérite noueuse, par M. Riser, J. Géraud, J.-P. Lacapère et C. Gleizes. (*Bull. de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance du 21 décembre 1954).

Dans la maladie de Kussmaùl, les signes neurologiques sont fréquents et une polynévrite douloureuse est habituelle. Par contre, l'atteinte de la moelle apparaît comme exceptionnelle.

Les auteurs rapportent l'observation d'un cas de périartérite dont le début remonte à juillet 1950 par un épisode cutané à type de dermatose bulleuse. En janvier 1951, épisode fébrile pseudo-grippal et, dès février 1951, instal-

lation d'un syndrome neurologique qui s'aggrave dans les mois suivants, avec polyradiculomyosite, syndrome bipyramidal, atrophie des mains de type Aran-Duchenne, liquide céphalo-rachidien avec légères réactions cellulaires (7 par mm³) et albumineuses (0,55 ‰).

Le diagnostic n'a pu être confirmé qu'en août 1954, lors de l'apparition de nodules cutanés, où la biopsie met en évidence l'infiltration lympho-histiocytaire péri-artériolaire. Malade décédé en septembre 1954.

L. R.

Syndromes neurologiques par malformation de la charnière cranio-rachidienne. A propos de 4 cas, par G. Arnould, P. Hartemann, J. Dureux et Et.-G. Debry. (*Société de médecine de Nancy*, 23 février 1955).

Les auteurs rappellent l'important travail de R. Garcin et D. Œconomos sur les « aspects neurologiques des malformations congénitales de la charnière cranio-rachidienne » paru en 1953. Ils énumèrent succinctement les différents types de ces malformations et signalent le polymorphisme de leur expression clinique et les méthodes radiologiques utilisées couramment pour les mettre en évidence. Ils insistent sur la relative fréquence de ces malformations, puisqu'ils ont pu en observer quatre cas en quelques années. Ces cas sont rapportés en détail.

En présence d'un syndrome neurologique « haut », d'évolution chronique, il faut penser aux malformations de la charnière occipito-vertébrale. Les indications thérapeutiques sont toujours délicates : l'intervention neurochirurgicale ne doit pas être systématique. La décision opératoire ne sera prise qu'après un bilan neuro-radiologique très complet.

L. R.

Les algies cervico-brachiales par traumatisme du membre supérieur, par L. Stuhl, S. Hanoune et R. Martinache (de Paris). (*La Presse médicale*, 7 mai 1955).

Certaines algies réflexes par traumatisme du membre supérieur, bien connues (causalgie de Weir Mitchell et algies diffusantes post-traumatiques de Leriche, qui entrent dans la catégorie sensitive des troubles nerveux réflexes extenso-progressifs d'origine traumatique de Barré), algies permanentes, quoique exagérées par des paroxysmes, atrocement douloureuses, irrémédiablement tenaces, ou relativement exceptionnelles. Mais il existe une variété d'algies post-traumatiques, à topographie cervico-brachiale, infiniment plus discrètes, régressant, soit spontanément, soit sous l'influence de traitements physiothérapiques, de fréquence relativement considérable, puisque en huit mois les auteurs en ont recueilli 41 observations dans une consultation d'électrologie.

Ces algies cervico-brachiales par traumatisme du membre supérieur apparaissent rapidement après un traumatisme quelconque portant sur n'importe quel segment du membre supérieur. Leur symptomatologie repose sur la triade caractéristique : apparition précoce après le traumatisme ; exacerbation nocturne ; télalgie élective déclenchée par la pression des troncs artériels. Identiques cliniquement à la névralgie cervico-brachiale rhumatismale, elles s'intègrent également dans le cadre des troubles nerveux réflexes

extenso-progressifs d'origine traumatique de Barré. Leur étude met en valeur un signe clinique particulier : la télalgie élective par compression des troncs artériels, qui dissocie le caractère radiculaire du caractère neuro-circulatoire de la douleur.

L. R.

Acropathie ulcéro-mutilante, par A. Aimes, R. Lafon, J. Minvielle et G. Olivier. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 17 décembre 1954).

Malade de 22 ans atteinte d'acropathie ulcéro-mutilante, non familiale : début précoce (à 7 ans) par une fracture pathologique du tibia ; depuis, maux perforants plantaires, encore en évolution, et ostéo-arthropathies avec fistulisation ; mutilation des doigts et des orteils ; association d'une aréflexie totale et d'une perte des sensibilités, principalement thermo-algésiques, en gant et en chaussette. Les radiographies rachidiennes et le transit lipiodolé sont normaux. Les auteurs rangent cette observation dans le cadre des acropathies ulcéro-mutilantes sporadiques, par atteinte ganglio-radiculaire postérieure. Ils discutent l'opportunité d'une sympathectomie chirurgicale en se basant sur les résultats encourageants des infiltrations lombaires.

L. R.

BIOLOGIE

Les modifications humorales de l'alcoolisme chronique, par R. Lecoq. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 8 novembre 1955).

Ces modifications portent essentiellement sur l'urée, le cholestérol, la réserve alcaline, les protides totaux, les albumines et globulines sériques et, à un moindre degré, sur le chlore globulaire et plasmatique et la glycémie. L'augmentation dans le sang des produits intermédiaires du métabolisme de l'alcool éthylique (acétaldéhyde et dérivés pyruviques) traduit une défaillance hépatique. Le dosage de l'adénine dans le sang montre d'abord son augmentation, à la phase de catabolisation accrue, puis sa chute lorsque les défenses de l'organisme sont épuisées.

L. R.

Intérêt de l'épreuve d'immobilisation du tréponème dans l'étude de la syphilis familiale, par G. Tramier et J. Ranque (de Marseille). (*La Presse médicale*, 6 avril 1955).

La positivité isolée du test de Nelson fournit une représentation excessive de la responsabilité de la syphilis, en présence d'accidents suspects, et au moment même de leur survenue. En pratique, cet excès établit une marge de sécurité dont le malade doit bénéficier, en recevant un traitement spécifique. En corollaire, les réponses négatives du T.P.I. acquièrent une valeur incontestable dans l'élimination du diagnostic de syphilis, lorsque cette étiologie est invoquée sans autres preuves.

Si les faits pathologiques remontent à un passé lointain, il faudra tenir

compte de la possibilité de l'extinction de la syphilis. Il est facile de tenir compte de ce facteur chronologique, et de ne pas considérer la négativité du test de Nelson dans de telles conditions comme réponse erronée.

Dans le domaine si difficile à explorer de la syphilis familiale, la pratique du test de Nelson devrait s'imposer, au moins dans les cas litigieux. Il permet le dépistage des syphilis congénitales latentes, dont certaines ont probablement conservé un potentiel évolutif, et qu'il faut traiter de toute évidence. Par contre, dans d'autres cas, il autorise à innocenter la syphilis dans de nombreux méfaits qu'on lui imputait d'après des données pathogéniques surannées.

L. R.

Méthodes de laboratoire dans la poliomyélite ; leur application au développement des méthodes diagnostiques et à la préparation des vaccins, par P. Lépine. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 7 juin 1955).

Les progrès réalisés depuis dix ans reposent essentiellement sur la culture *in vitro* du virus obtenue en 1950 par Enders, Weller et Robbins ; on peut actuellement isoler les virus à partir des malades et des porteurs de germe, reconnaître et titrer les anticorps protecteurs, produire en culture des virus virulents ou mutés qui serviront à l'immunisation.

Trois modes de vaccination sont possibles : 1° la vaccination avec des virus de culture tués est la plus facile, mais certains antigènes ont une résistance inégale à l'inactivation, ce qui peut comporter des dangers sérieux, et la durée de l'immunité produite reste inconnue ; 2° la vaccination par souches mutées ou atténuées n'est pas encore au point, mais semble une méthode d'avenir ; 3° la vaccination par souches neutralisées, c'est-à-dire l'immunisation par un virus actif sous couvert d'une protection passive par des anticorps spécifiques. Il se peut que la meilleure solution soit une vaccination en deux temps, vaccin tué pour la première immunisation, vaccin vivant atténué pour renforcer et maintenir l'immunisation. De toute façon, il faudra sélectionner des souches donnant des garanties suffisantes de sécurité et de maintien du pouvoir antigénique.

Il ne saurait être question d'envisager des vaccinations systématiques, généralisées et non contrôlées, tant que l'expérimentation et l'observation suivie de groupes sélectionnés n'auront pas fourni la réponse aux problèmes encore en suspens, en particulier durée de l'immunité et modalités d'entretien et de renforcement de celle-ci.

L. R.

Recherches sur le taux des anticorps poliomyélitiques dans la population uruguayenne, par P. Lépine, C. Perez del Castillo et Mlle C. Meylan. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 24 mai 1955).

La population uruguayenne présente un taux élevé de diffusion du virus poliomyélitique, avec une immunisation très précoce, mais demeurant inconstante puisque 38 % seulement des sujets de 8 mois à 21 ans peuvent être considérés comme ayant acquis une immunité complète vis-à-vis des trois types de virus. Les enfants de moins de 8 ans forment le groupe essentiellement réceptif.

L. R.

ENDOCRINOLOGIE

Myxœdème cutané. Forme éléphantiasique des membres inférieurs chez un basedowien opéré, par R. Degos et B. Ossipowski. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 7 juillet 1955).

Œdème éléphantiasique des membres inférieurs, associé à des formations tubéreuses chez un basedowien thyroïdectomisé plusieurs années auparavant. Sans reprendre les discussions étio-pathogéniques concernant les différents types classiques de « myxœdème cutané », les auteurs rangent cette forme éléphantiasique à côté du « myxœdème prétibial circonscrit des basedowiens ». Le cas présent constituerait une forme de passage entre ce myxœdème prétibial et le myxœdème tubéreux.

L. R.

Myxœdème circonscrit prétibial très amélioré par la thyroxine, par de Graciansky et Leclerc. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 7 juillet 1955).

Malade âgé de 49 ans, déjà présenté à la séance d'avril 1954. Régression partielle des placards infiltrés et persistance de quelques éléments nodulaires. La thyroxine, administrée pendant un an à la dose de 3 mgr. par jour, a été très bien tolérée. Cette action favorable confirmait l'hypothèse d'une hyperthyréo-stimulinémie. Les auteurs ont observé un retour à la normale de la thyréo-stimulinurie (test d'Aron).

L. R.

Myxœdème cutané : forme éléphantiasique, forme lichénoïde sclérodermique et forme « en plaques », par E. Azerad, Ch. Grupper et J. de Brux. (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 7 juillet 1955).

A propos de trois cas réalisant chacun l'une de ces formes cliniques, les auteurs insistent sur la rareté de ce myxœdème cutané (trois cas en cinq ans dans un service d'endocrinologie) sur le fait qu'il peut s'agir, soit d'hyper, soit d'hypothyroïdie. Au point de vue histochimique, ils montrent l'intérêt de certaines techniques et en particulier du Hotchkiss Mc Manus. Au point de vue du traitement, on pourra être appelé à utiliser, avec des résultats d'ailleurs limités, soit les antithyroïdiens, soit l'extrait thyroïdien.

L. R.

HYGIÉNE ET PROPHYLAXIE

Poliomyélite. Problèmes de la contagiosité et mesures d'hygiène hospitalières, par le professeur Pierre Lépine (de l'institut Pasteur, Paris). (*Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, avril 1955).

Dans ce rapport présenté par le professeur Pierre Lépine au 2e Symposium organisé par l'*Association européenne contre la poliomyélite*, à Paris (8-9 avril

1954), sont envisagés les problèmes posés par la source du virus, les possibilités d'infection résultant de son excrétion et le danger de contamination tant à l'intérieur qu'en dehors de l'hôpital, ainsi que les mesures à prendre pour éviter les causes de contagion. La désinfection des matières fécales par les antiseptiques n'étant pas à recommander, l'auteur conseille de recourir aux méthodes physiques de désinfection, dont la plus efficace est la stérilisation par la chaleur, dont il indique le mode d'installation et la technique.

L. R.

Données actuelles sur l'épidémiologie de la poliomyélite, par M. Deparis. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 7 juin 1955).

La transmission de la maladie peut se faire à partir d'une forme quelconque, paralytique, méningée, inapparente, ou même des porteurs de germes ; elle peut aussi être réalisée par contamination du milieu extérieur, surtout hydrique, où le virus peut survivre ; mais beaucoup d'obscurités subsistent lorsqu'on veut appliquer ces données à des cas particuliers et, souvent, le mode de contamination reste mystérieux. D'où les difficultés d'application de la prophylaxie classique, qui doit toujours être appliquée ; en temps d'épidémie, l'hygiène individuelle de l'alimentation, du repos, du sommeil, reste le meilleur moyen de prévenir, sinon l'infection, tout au moins les formes paralytiques ; celles-ci sont d'ailleurs une complication relativement rare de l'infection et la France garde, de ce point de vue, une place privilégiée parmi la plupart des autres contrées de la zone tempérée.

L. R.

A propos du vaccin et de la vaccination contre la poliomyélite, par Gaston Ramon. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 13 avril 1955.)

Le vaccin de Salk, qu'on essaie aux Etats-Unis pour la vaccination contre la poliomyélite, repose sur le principe même des anatoxines et des vaccins anavirulents. Son utilisation comporte trois injections effectuées à plusieurs semaines d'intervalle, tout comme les vaccinations antidiphtériques et antitétaniques. Ce vaccin anti-poliomyélitique pourra être associé, selon la méthode des « vaccinations associées » de G. Ramon, à d'autres vaccins du même type, cela avec toutes les commodités et tout le bénéfice que l'on retire depuis de nombreuses années et dans le monde entier de l'association, par exemple, de l'anatoxine diphtérique et de l'anatoxine tétanique pour la prévention simultanée de la diphtérie et du tétanos.

L. R.

Vaccin et vaccination contre la poliomyélite, par Gaston Ramon. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 13 juin 1955).

M. Gaston Ramon, qui précédemment avait montré à plusieurs reprises les difficultés, les écueils de la production, du contrôle et de l'application du vaccin de Salk et fait connaître les précautions à prendre, revient sur cette question. Il conclut : « Tout en se gardant d'affirmations osées et pré-

maturées, ainsi que d'un optimisme excessif, les immunologistes doivent, en suivant les règles bien établies et qui ont fait leurs preuves en pareille matière, continuer leurs efforts pour l'obtention, de préférence à partir de virus inactivés, d'un vaccin doué d'une innocuité absolue et d'une puissance immunogène élevée, rigoureusement contrôlé, pour le perfectionnement du mode de vaccination qui, appliqué progressivement, permettra de conférer une immunité solide et durable et d'assurer ainsi une protection individuelle et collective contre la poliomyélite. »

L. R.

Immunisation active des singes contre la poliomyélite au moyen d'un vaccin formolé et d'un vaccin vivant, par A. Jezierski. *(Bull. de la Société de pathologie exotique*, séance du 9 février 1955).

Ayant constaté que tous les tissus des singes de l'Afrique centrale sont sensibles au virus de la poliomyélite, l'auteur a entrepris une vaccination du singe (*Colobus, Cercopithecus, Cercococcebus*) contre le virus au moyen d'un vaccin formolé et d'un vaccin vivant. Le vaccin formolé est efficace et n'est pas nocif ; avec le vaccin vivant, le titre d'anticorps après 14 jours est élevé, mais chez un animal, il a été noté une paralysie suivie de mort au 31e jour.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Delirium tremens, étude thérapeutique. Considérations biologiques et bio-électriques, par R. Coirault, J. Hainaut, B. Weber, J. Misnard, B. Jolivet et H. Laborit (de Paris). (*La Presse médicale*, 2 novembre 1955).

Etude thérapeutique du delirium tremens fondée sur l'emploi de substances neuroplégiques. Les auteurs, constatant une amélioration importante de leur statistique, recommandent d'utiliser des associations médicamenteuses (cocktail lytique).

De leur étude biologique, ils retiennent la valeur pronostique de l'hypokaliémie et de la réserve alcaline. Après une étude corrélative de ces données et des courbes d'excitabilité intensité-durée, mesurées au rhéotome, ils proposent une pathogénie de quelques symptômes. L'hypokaliémie semble, en effet, conditionnée par une rentrée cellulaire potassique, le muscle se comportant comme une « éponge à potassium ». Il existe parallèlement une hypoexcitabilité nerveuse.

En s'appuyant sur ces faits, les auteurs proposent une explication de l'action de la strychnine au cours du traitement classique, de l'action des substances neuroplégiques au cours du traitement qu'ils recommandent, et envisagent, en fonction de cette pathogénie, l'emploi nuancé de la cortisone sous déconnexion selon des modalités qu'ils s'emploient actuellement à préciser.

L. R.

Première utilisation d'un stéroïde narcotique dans le traitement du delirium tremens, par H. Laborit, R. Coirault, R. Damasio, J. Hainaut et B. Weber (de Paris). (*La Presse medicale*, 23 novembre 1955).

Le succinate de 21-hydroxy-prégnandione, récemment utilisé pour ses propriétés anesthésiques générales en chirurgie, a montré une action particulièrement efficace dans une affection comme le delirium tremens. Cette première application du produit dans une indication médicale donne à penser qu'il peut avoir une action analogue dans toute affection aiguë justifiant habituellement une thérapeutique neuroleptique, utilisé seul ou en combinaison avec cette dernière. A l'heure où l'on s'oriente pour expliquer le mécanisme de certaines psychoses vers la notion d'un métabolisme cérébral perturbé, il est intéressant de constater l'efficacité d'une « hormone » dont l'action périphérique est nulle, en particulier sur le système végétatif (comme l'étude expérimentale faite avec P. Huguenard et C. Douzon l'a montré) et dont l'action principale est d'interférer d'une façon, d'ailleurs encore obscure, sur le métabolisme des centres cérébraux. Dès maintenant, en pathologie générale et en psychiatrie en particulier, les auteurs concluent que l'on peut proposer l'emploi avec avantage de ce produit, soit seul, soit pour obtenir une cure de sommeil potentialisée en évitant les barbituriques, soit pour réaliser une véritable hibernation artificielle.

L. R.

Étude médico-sociale et bilan thérapeutique de 225 cures de désintoxication alcoolique par le tétra-éthyl-thiourame-disulfure, par P. Delore Mlle Guichardière, R. Lambert et J. Fontvieille (de Lyon). (*La Presse médicale*, 20 avril 1955).

Bilan de 225 cures de désintoxication alcoolique par l'antabuse dans un service de médecine générale. La divergence des statistiques met en lumière la nécessité des observations prolongées, les rechutes tardives étant fréquentes. Seule paraît valable la comparaison de statistiques entreprises dans des conditions rigoureuses, d'abord en milieu hospitalier, puis avec un contrôle médico-social prolongé. Ces conditions réalisées, les résultats favorables atteignent 30 à 40 %, soit une moyenne de 35 %.

Causes et conditions de l'alcoolisme étant diverses, demandent à être individualisées. Les résultats favorables s'observent surtout chez les sujets qui se sont laissé entraîner par leur milieu de travail, qui ont auprès d'eux une femme compréhensive et des enfants, ou qui se sont réfugiés dans la boisson à la suite de chagrins. Les échecs se trouvent surtout chez ceux qui vivent seuls, ou qui ont une compagne adonnée à la boisson, ou qui sont habitués à l'alcoolisme depuis la fin de leur adolescence, ou qui sont manifestement des psychopathes.

La méthode n'apporte vraiment tout ce qu'elle peut donner que dans un centre orienté dans ce sens : service d'hôpital ou clinique avec prise en charge de l'intéressé pendant quinze à vingt jours.

La présence d'une assistante sociale est indispensable. Les auteurs soulignent l'importance de la psychothérapie associée et de l'entourage représenté par le personnel infirmier et par le groupe des voisins d'hôpital. Plus tard interviendra l'association des anciens buveurs.

Une action d'information est nécessaire auprès des médecins praticiens,

des médecins du travail, des auxiliaires médicaux, pharmaciens, assistantes sociales, infirmières (qui, mieux documentés, pourront mieux faire connaître la méthode dans le public et dans les familles), des dirigeants de grandes entreprises, des commissions municipales et hospitalières (pour que soient aménagés des services de désintoxication dans les centres qui n'en possèdent pas encore).

Les femmes étant en général les premières victimes de l'alcoolisme de l'homme, il serait utile que les grands groupements féminins fussent mieux informés des possibilités de la cure.

L. R.

Encéphalopathie de Gayet-Wernicke ; efficacité de la vitaminothérapie B1, par R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J. Minvielle et J. Abric. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 juillet 1955).

Observation d'éthylique atteint brusquement d'agitation aiguë à base confuso-onirique, avec myosis et aréflexie pupillaire. La vitaminothérapie B1 à doses massives (1 gr. par jour dont 1/3 par voie veineuse), employée de façon exclusive, après échec du traitement classique (curéthyl, sulfate de magnésie, vitamine B1 à la dose quotidienne de 100 mgr. intramusculaire) entraîne une amélioration rapide. La persistance des signes de détérioration mentale semble en rapport avec une atrophie cérébrale diffuse pré-existante. La discussion nosologique de ce cas s'appuie non seulement sur la séméiologie clinique, mais aussi sur l'efficacité de la vitamine B1, qui représente presque, à doses suffisantes, un test diagnostique.

L. R.

Traitement des toxicomanies, par Ch. Brisset. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 24 mars 1955).

Le sevrage du toxique doit être réalisé en milieu spécialisé. Dans de bonnes conditions techniques et morales, il est bien supporté et peu douloureux. On s'aidera généralement d'une cure de sommeil, s'il s'agit d'opium ou de corps semblables ; d'une aide pharmacologique adaptée s'il s'agit d'alcool. Le sevrage n'est qu'un temps préalable à la réadaptation, pierre d'achoppement du traitement.

L. R.

Résultats obtenus dans le traitement de l'épilepsie par le N-benzyl-β-chloropropionamide, par J. Lereboullet, R. Pluvinage, L. Vidart, R. Delarue et C. Amstutz. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 15 octobre 1954).

Chez dix malades résistant aux divers anti-épileptiques, les auteurs ont étudié l'action de ce composé chimiquement très différent des produits jusqu'ici utilisés. L'efficacité de ce produit aux doses thérapeutiques, qui vont de 1 gr. 65 à 2 gr. 30 par jour, semble comparable à celle du gardénal. Sa tolérance est excellente, sa toxicité pratiquement nulle. Son gros avantage est qu'il ne provoque pas de somnolence. Il peut donc être intéressant chez les malades dont le traitement gardénalique à doses relativement élevées inhibe considérablement l'activité.

L. R.

Le traitement de l'épilepsie par le 5-phényl-éthylhexahydro-pyrimidine-4-6-dione, par J. Lereboullet, R. Pluvinage, L. Vidart, R. Delarue et C. Amstutz. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* séance du 15 octobre 1954).

Résultats de l'expérience de ce nouvel anti-épileptique, caractérisé par sa structure voisine à la fois des barbituriques et des oxazolidines. Les auteurs ont traité depuis un an 44 malades. La médication, concluent les auteurs, est indiscutablement active dans le grand mal et permet d'améliorer des malades qui ont résisté jusqu'ici aux traitements classiques. Elle est, contrairement à ce qu'aurait pu faire espérer sa structure, totalement inactive dans le petit mal.

Elle a le gros inconvénient de provoquer à peu près constamment une importante somnolence qui s'atténue le plus souvent au bout de une à trois semaines, mais oblige dans un tiers des cas à interrompre le traitement. Par ailleurs, il est à noter que, dans un nombre important de cas, l'activité thérapeutique diminue au bout d'un certain temps malgré l'augmentation des doses.

L. R.

Résultat du traitement neuro-chirurgical de 22 « épilepsies temporales », par E. Woringer, J. Baumgartner, G. Thomalske et J. Schneider. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française,* séance du 30 novembre 1954).

Les résultats obtenus par le traitement neuro-chirurgical chez de tels malades permettent aux auteurs de conclure, tenant compte d'un temps d'observation allant de cinq à trente mois, que les améliorations et les guérisons sont surtout relevées dans les cas où il y a eu ablation des formations internes du lobe temporal, qu'il y ait ou non lésion macroscopique concomitante.

L. R.

L'épilepsie partielle continue ; contrôles opératoire et électro-encéphalographique (à propos d'un cas), par J. Dechaume et J. Courjon. *Revue neurologique* (numéro consacré au jubilé du docteur André Thomas), t. 93, n° 1, 2e semestre 1955, p. 107.

Observation d'un garçon de 14 ans, qui présente des crises partielles motrices intéressant l'hémiface gauche et, quelques mois plus tard, des secousses rythmiques du pouce gauche, associées à l'hémiface gauche. Des électro-encéphalogrammes montrent des anomalies rolando-temporales sous forme d'ondes lentes régulières. Intervention 46 jours après le début des clonies intermittentes ; elle décèle deux lésions de nature différente : premièrement, une microgyrie corticale intéressant la frontale ascendante à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen, et deuxièmement une tumeur sous-corticale dont un examen histologique a montré qu'il s'agit d'un astrocytome fibrillaire. L'ablation des zones atrophiques a supprimé les clonies permanentes.

L. Marchand.

Antibiotiques et chimiothérapie. Les causes d'échec de la médication antibiotique, par P. Rentchnik. (*Médecine et hygiène*, 30 octobre 1955).

Douze ans après l'introduction de la pénicilline dans l'arsenal thérapeutique, il est possible de dresser le bilan de la thérapeutique antibiotique.

Des succès considérables ont permis le maintien en vie de malades autrefois condamnés irrémédiablement. Ils ont permis également d'élaborer, sous leur protection, de nouvelles techniques audacieuses en chirurgie.

Mais les échecs aussi sont importants, dus souvent à ceux qui les prescrivent ! L'administration d'un antibiotique ne se compare pas à celle d'une hormone, d'un barbiturique, d'un cardiotonique, produits qui permettent d'agir sur des organes définis dont est bien connue la physiologie. Avec les antibiotiques, l'on agit sur une flore microbienne, non d'un organe isolé, mais de l'économie générale. Il paraît donc utile, avant de prescrire des antibiotiques, de connaître la physiologie et la biologie du monde des microorganismes. Il est regrettable de voir prescrire, encore à l'heure actuelle, des millions d'unité de pénicilline ou d'érythromycine dans des infections à microorganismes Gram-négatifs, ce qui dénote une méconnaissance du spectre d'activité des divers antibiotiques.

Et, conclut l'auteur, nous possédons avec les antibiotiques une arme thérapeutique merveilleuse qui mérite d'être mieux étudiée si l'on veut en tirer tout le bénéfice possible pour nos malades.

L. R.

Les antibiotiques en neuro-psychiatrie, par H. Robbe et C. Igert. (*Bull. de la Société de médecine et d'hygiène du Maroc*, séance du 5 janvier 1955).

La pénicilline et la streptomycine sont les antibiotiques les plus couramment utilisés en pratique neurologique.

Les associations d'antibiotiques entre eux ou avec des métaux et des thérapeutiques de choc sont en général recommandées et parfois de règle.

Le recours à la voie rachidienne, la nécessité de surveiller le traitement au moyen d'examens de laboratoire répétés imposent souvent l'hospitalisation du malade.

Le pronostic des méningites à formes connues a été radicalement transformé. Le diagnostic de la méningite tuberculeuse n'est plus un arrêt de mort.

Les maladies virales, et en particulier à petits virus, graves par elles-mêmes ou par leurs séquelles sont peu, ou ne sont pas, modifiées par les antibiotiques. Or, parmi celles-ci se trouvent des maladies redoutables, comme l'encéphalite épidémique, et surtout la poliomyélite antérieure aiguë.

L. R.

Méningite tuberculeuse traitée précocement par les antibiotiques et l'A.C.T.H., par M. Deparis et A. Sarrazin. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 18 mars 1955).

Deux nouveaux cas de méningite tuberculeuse traités précocement par les antibiotiques administrés par voie générale et l'A.C.T.H. par voie intraveineuse en perfusion lente à la dose de 20 mgr. par jour. Résultat remarquable dans le premier cas par la rapidité de la guérison, qui persiste un an

après. Résultat moins brillant dans le deuxième cas, où le traitement détermina des troubles psychiques, mais la guérison survint néanmoins.

L. R.

Le traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant. Résultats, par R. Sacrez, G. Burghard, D. Fischer et J. Sauleda. (*Bull. de la Société de pédiatrie de l'Est*, séance du 23 juillet 1955).

Les résultats obtenus à la Clinique infantile de Strasbourg par le traitement de 160 cas de méningite tuberculeuse par des antibiotiques confirment l'amélioration spectaculaire du pronostic par l'addition d'isoniazide à la streptomycine et au P.A.S.

Les auteurs n'ont pas abandonné le principe de l'association d'au moins trois antibiotiques dans le traitement de cette localisation de la tuberculose, mais estiment que ce traitement peut être simplifié par l'abandon des injections intrarachidiennes si l'état clinique lors de l'admission n'est pas jugé trop grave.

L. R.

Considérations sur le traitement des méningites suppurées. A propos de 31 observations, par P. Monnet, J. Gauthier et P. Verney. (*Comptes rendus de la Réunion lyonnaise de pédiatrie*, séance du 14 novembre 1954).

Schémas de traitement concernant les trois grandes catégories de méningites suppurées chez l'enfant.

En deux ans, ces modes de traitement furent appliqués à 31 enfants, dont 16 de moins de 1 an, 13 âgés de 1 à 2 ans et 2 seulement de plus de 2 ans, atteints de méningites suppurées, toutes graves, avec état comateux à l'entrée (sauf dans un cas), et certaines gravissimes. Le germe en cause était : 17 fois le méningocoque, 9 fois le pneumocoque, 5 fois il resta indéterminé. Il ne fut pas constaté de méningite à hémophilus influenzæ. Résultats : trois morts (deux, pneumocoque ; un, méningocoque) — une seule séquelle (grave d'ailleurs). De ces trois morts, l'une fut la conséquence de l'introduction initiale de pénicilline intra-rachidienne, que l'on a depuis abandonnée. Le problème des collections méningées intra-craniennes est évoqué et de la responsabilité dans leur déterminisme des phlébites cérébrales. Une seule collection fut observée au cours de l'évolution. Une observation, où il a pu s'agir d'une phlébite des veines cérébrales, avec atrophie cérébrale secondaire sans collection intra-cranienne. Une observation montrant l'intérêt de l'association cortisone-antibiotiques dans le traitement du purpura fulminans. En conclusion, les indications de la chloromycétine dans la méningite à méningocoque et pneumocoque, en association ou en complément du traitement sulfamidé, paraissent devoir être étendues.

L. R.

Considérations à propos de l'amélioration spectaculaire d'un hématome sous-dural méconnu et traité par A.C.T.H.-cortisone par J. Duplay, P. Cossa et P. Postel. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 30 novembre 1954).

L'association A.C.T.H.-cortisone à des perfusions intraveineuses a rétabli en 48 heures un tableau d'allure encéphalitique. Mais la persistance de per-

turbations électro-encéphalographiques, d'un ptosis et la notion d'un traumatisme dans les antécédents, malgré l'amélioration clinique, a fait compléter les investigations para-cliniques. Un volumineux hématome sous-dural gauche a été mis en évidence.

Cette observation tend à prouver l'importance majeure des troubles d'inhibition tissulaire entraînant une rétraction du parenchyme cérébral, contrairement aux notions classiques qui mettent en jeu essentiellement le volume de l'hématome et la décompensation qu'il entraîne.

L. R.

L'hydrocortisone dans le traitement de la maladie d'Addison, par L. de Gennes, H. Bricaire et B. Mathieu de Fossey. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 24 mars 1955).

Onze malades (dont dix atteints d'insuffisance surrénale chronique addisonienne, et un ayant subi une surrénalectomie bilatérale, pour maladie de Cushing) ont été soumis à un traitement équilibrant comprenant uniquement de l'hydrocortisone, dans le but de savoir si cette hormone était capable d'équilibrer à elle seule la maladie d'Addison.

Recul de temps suffisant pour penser que si l'hydrocortisone corrige l'insuffisance cortico-surrénale lente, la qualité de l'équilibration qu'elle apporte demeure cependant assez incertaine, en raison du peu d'effet qu'elle possède sur le métabolisme électrolytique et particulièrement sodique. Dans un cas, en effet, s'est produite une rupture d'équilibration, tandis que quatre autres malades ont présenté une natrémie à la limite inférieure de la normale, ou bien ont accusé une asthénie qui contrastait avec le bon état général, obtenu auparavant par le traitement classique cortisone-D.O.C.A.

L. R.

La place de l'A.C.T.H. et de la cortisone dans le traitement des chorées aiguës, par R. Lafon, J. Minvielle, G. Olivier et Comelade. (*Comptes rendus de la Journée pédiatrique de la Clinique des maladies des enfants de Montpellier*, séance du 23 janvier 1955).

Etude critique des divers traitements de la chorée aiguë, à l'occasion de 14 observations. La première place revient à l'A.C.T.H. et à la cortisone, qui font disparaître en quelques jours les mouvements choréiques et normalisent l'état mental : les lésions cardiaques sont stabilisées et peuvent même régresser. Un traitement d'entretien est cependant indispensable afin d'éviter les rechutes. A l'hormonothérapie, les auteurs associent la chlorpromazine lorsqu'ils recherchent surtout un effet sédatif, et le salicylate de soude, si la note rhumatismale domine, et s'il existe une atteinte cardiaque.

L. R.

Action thérapeutique symptomatique du chlorhydrate de cycrimine sur les syndromes parkinsoniens, par J. Sigwald et J. Payot (de Paris). *La Presse médicale*, 12 mars 1955).

Le chlorhydrate de cycrimine est un corps de synthèse chimiquement voisin du trihexyphénidyl, qui a été utilisé depuis plusieurs mois et appliqué à 34 malades atteints de syndrome parkinsonien. L'activité symptomatique en est bonne et il est bien toléré. Les résultats obtenus par MM. J. Sigwald et

J. Payot sont un peu moins bons que ceux des neurologistes américains, qui ont les premiers montré l'intérêt de cette drogue ; toutefois la conclusion de cette étude est que la cycrimine doit être classée au même rang que les corps anti-parkinsoniens les plus actifs : isothiazine, trihexyphénidyl, procyclidine.

L. R.

Le pneumo-encéphalogramme thérapeutique dans la chorée (Il pneumoencefalo terapeutico nella corea), par Virginio Porta (de Reggio Emilia). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 1, 31 mars 1954, p. 225-229).

L'auteur a obtenu depuis quatorze ans d'intéressants résultats par l'introduction rachidienne d'air dans diverses formes de chorée. Seize succès pour dix-sept cas de chorée mineure, deux pour trois cas d'hémiballisme. La technique comporte l'injection par voie lombaire de 40 à 70 cm^3 d'air, répétée trois à cinq fois, à intervalles de quatre à sept jours. La tolérance est bonne en dehors d'une légère réaction fébrile. Quelques considérations sont faites sur le mécanisme d'action : on peut invoquer, soit des modifications de la pathergie locale, soit une réaction d'adaptation au stress que constitue la pneumothérapie.

V.-J. Durand.

Maladie de Hodgkin. Radiothérapie massive. Méningite tuberculeuse foudroyante au cours d'un traitement par la cortisone, par P. Milliez, B. Dreyfus, J. Himbert et Ph. Moreau. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 22 octobre 1954).

Observation d'une jeune fille atteinte de lymphogranulomatose maligne traitée avec 45 mgr. de moutarde à l'azote et 24.600 r. de rayons X, puis par la cortisone. Au cours du traitement hormonal, une méningite tuberculeuse foudroyante entraîne la mort en moins de huit jours. Les auteurs concluent en insistant sur la nécessité d'employer la streptomycine comme antibiotique protecteur chez les sujets atteints de maladie de Hodgkin.

L. R.

Les hypotensions contrôlées. La multiplicité des procédés, par G. Lazorthes et L. Campan. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, réunion d'Alger, 20-21 avril 1954).

Les méthodes d'hypotension contrôlée neurochirurgicale se sont notablement enrichies. Il en résulte une plus grande complexité mais aussi une plus grande souplesse qui permet de faire face à la diversité des situations cliniques, tout en respectant de mieux en mieux les conditions de sécurité. Un nouveau produit dérivé du thiophonium, l'arfonad, permet d'agir pendant un temps opératoire court. Un certain nombre d'hypotenseurs : chlorpromazine, hydergine, sont en même temps neurolytiques centraux ; ils permettent d'associer hypotension et neuroplégie ou hibernothérapie. Les effets hypotenseurs des narcotiques mis à profit représentent une méthode simple et souvent suffisante, la *narco-hypotension*.

L'hypotension veineuse est aussi importante que l'hypotension artérielle. La position assise, le relâchement musculaire obtenu par la narcose sont à

la fois des facteurs d'hypotension veineuse et d'hypotension artérielle et deux points essentiels de la méthode.

L. R.

Hibernation artificielle chez l'homme, par Sénèque, C.-L. Chatelin et P. Huguenard. (*Bull. de la Société de pathologie comparée*, séance du 14 décembre 1954).

Etude des effets du froid sur l'organisme : narcose et réduction du métabolisme présentent un intérêt considérable dans la technique de l'hibernation artificielle. Les auteurs exposent la théorie et la pratique de l'hibernation artificielle selon l'expérience de la clinique thérapeutique de l'hôpital de Vaugirard, la physiologie de l'homme en état d'hibernation artificielle, les accidents, et rappellent la principale indication de l'hibernation artificielle. En conclusion, ils mettent en garde les praticiens contre les indications abusives.

L. R.

Le rôle du froid dans l'hibernation artificielle. (Méthode de thérapeutique générale et d'anesthésiologie), par R. Favre (de Paris). (*Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*, vol. 10, fasc. 1, mars 1954, p. 23-31).

Le froid agit comme un facteur d'agression d'autant plus violent que l'organisme est plus capable de se défendre. L'hibernothérapie de Laborit et Huguenard, qui supprime la lutte pour le maintien de l'homéostasie, protège la vie végétative en mettant en sommeil la vie de relation. Le blocage hypophyso-cortico-surrénalien permet l'action narcobiotique du froid, devenue alors favorable, et met l'organisme à l'abri de toute agression traumatique, toxique ou infectieuse.

V.-J. Durand.

L'hibernation en neuro-chirurgie, par B. Petit-Dutaillis. (*Bull. de la Société de pathologie comparée*, séance du 14 décembre 1954).

Résultats de l'hibernation selon la méthode de Laborit et Huguenard en neuro-chirurgie, tant dans les traumatismes cérébraux graves que dans les tumeurs cérébrales. Pas de résultats décisifs par rapport aux traitements divers proposés jusqu'ici. Grandes réserves sur l'opportunité de cette thérapeutique dans les cas neuro-chirurgicaux. L'auteur insiste sur le danger particulier que fait courir à ces malades la période de réchauffement, une fois passée la phase critique, sur les inconvénients hypnogènes des drogues employées pour l'hibernation chez les comateux, sur l'inconvénient de mettre en hypothermie un malade ou un blessé dont les centres thermo-régulateurs sont déjà perturbés du fait de l'atteinte cérébrale. Il pense que le but à rechercher dans les hyperthermies d'origine cérébrale doit être de ramener la température à son niveau normal et non à un niveau inférieur à la normale. Aussi, préfère-t-il à l'hibernation vraie, la simple déconnexion neuro-végétative au moyen de la chlorpromazine, associée ou non au phénergan et au dolosal, à titre de moyen préventif ou curatif des troubles neuro-végétatifs observés chez ce genre de malades ou de blessés.

L. R.

Hibernation artificielle sans chlorpromazine. Etude expérimentale ; essais cliniques, application en neuro-chirurgie, par J. Cahn, P. Huguenard et L. Campan. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, réunion d'Alger, 20-21 avril 1954).

L'étude expérimentale a montré que, dans le mélange dit « M1 », la chlorpromazine peut être remplacée par l'hydergine : les courbes d'hypothermie et d'hypotension sont les mêmes ; la bradycardie est plus accusée mais les pressions intracardiaques restent meilleures ; la dynamique cardiaque est donc au total plus efficace. La protection cérébrale au cours de l'interruption circulatoire (étudiée à l'électro-encéphalogramme) est aussi bonne. Les essais cliniques portant sur huit cas graves ont confirmé les résultats expérimentaux. Les effets hypnogènes sont moins accusés. La dose d'hydergine qui correspond à 50 mgr. de chlorpromazine est environ 12/10 de mgr. En neuro-chirurgie, les mélanges à base d'hydergine sont surtout intéressants chez les sujets obnubilés ou comateux, car ils modifient moins le niveau de conscience et permettent une surveillance plus précise.

L. R.

Chlorpromazine et lésion expérimentale du tronc cérébral, par G. Tardieu et J. J. Pocidalo. (*Revue neurologique*, tome 92, n° 2, 1955, p. 112).

Les auteurs ont voulu éprouver l'action préventive de la chlorpromazine dans le collapsus en rapport avec un traumatisme du tronc cérébral. Ils ont injecté dans le mésencéphale, à travers un trou de trépan, une goutte de substance irritante altérant ainsi le centre du pédoncule dans la substance réticulée grise. Leur expérimentation a porté sur 39 chiens avec nécrose du mésencéphale. 19 pris comme témoins ont succombé en une douzaine d'heures au collapsus vasculaire qui suit cette agression. Sur neuf chiens traités préventivement par la chlorpromazine seule, puis soumis à une perfusion de ce médicament, quatre ont guéri et trois ont eu une survie très prolongée. Sur onze chiens traités par l'association de chlorpromazine, de phénergan, de dolosal, et d'une réfrigération, un seul survit. La chlorpromazine utilisée seule est donc plus efficace.

L. Marchand.

L'arfonad en regard des ganglioplégiques classiques dans leur application neuro-chirurgicale, par E. Woringer, J. Baumgartner, G. Brogly et A. Soetens. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, réunion d'Alger, 20-21 avril 1954).

L'obtention pré-opératoire d'une hypotension par l'arfonad présente sur les méthoniums les avantages de la simplicité et de la sécurité d'emploi ; mais, à hypotension égale, l'hémorragie reste quand même plus appréciable qu'avec les méthoniums, en rapport probablement avec la vaso-dilatation périphérique concomitante. Les essais avec le produit M 134 sont prometteurs, car l'hémorragie est considérablement diminuée, sans pousser jusqu'à des chiffres tensionnels aussi bas.

L. R.

L'action du 4560 R.P. dans divers syndromes psychiatriques (L'azione del 4560 RP in diverse sindromi psichiatriche), par Offerto Bertolini (de Reggio Emilia). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 1, 31 mars 1954, p. 205-224).

L'auteur a utilisé le largactil dans 48 cas psychiatriques divers. Dans l'ensemble, les résultats obtenus ont rappelé ceux antérieurement rapportés dans la littérature. Ils ont été surtout favorables dans les états dépressifs anxieux, les excitations maniaques aiguës, les syndromes confusionnels aigus, les psychoses alcooliques. L'efficacité a été moindre dans la mélancolie pure. L'association de la chlorpromazine et de l'électro-choc a paru de peu d'intérêt. Dans cinq cas, ont été observées des réactions fébriles passagères. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Action du 4560 R. P. sur les syndromes schizophréniques, par R. Lafon, N. Duc, R. Labauge et M. Ribstein. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 3 décembre 1954).

Conclusions tirées du traitement de 50 schizophrènes en hôpital psychiatrique par la cure de somnolence prolongée. L'essentiel de la méthode est représenté par la chlorpromazine, dont l'administration est poursuivie pendant trois mois, associée dans certains cas aux barbituriques ou au phénergan. Toute cure est complétée par une série d'électro-chocs de consolidation. Dès le pemier mois, on note, dans les cas les plus favorables, une transformation importante du comportement, les résultats les plus brillants étant obtenus chez les malades les plus récents. Toutes les formes des schizophrénies, même la forme paranoïde, sont essentiellement justiciables de la cure.

L. R.

Association chlorpromazine-électrochocs en thérapeutique psychiatrique. Observations cliniques et électro-encéphalographiques, par Mlle H. Pélissier, J. Minvieille et Dutarte. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 juillet 1955).

Les auteurs ont appliqué cette méthode lors de périodes d'excitation psycho-motrice chez quinze malades mentaux (schizophrènes et maniaques), internés de longue date et ayant déjà subi de nombreuses thérapeutiques. Leur résistance au traitement par cure de sommeil seule ou convulsivothérapie isolée persistait lorsque la chlorpromazine était injectée après l'électrochoc. Par contre, si l'injection était faite cinq à dix minutes avant, on obtenait un sommeil très prolongé, tout en diminuant l'intensité de courant nécessaire à la production de la crise. D'autre part, les cures de sommeil (par chlorpromazine phénergan-eunoptal), devenaient effectives par adjonction de quelques électro-chocs. Ces résultats traduisent un abaissement du tonus vigil et du seuil convulsivant, qui est le fait de l'administration préalable de chlorpromazine. Ce médicament exerce, en effet, une action dépressive sur les formations réticulées du tronc cérébral. Cette interprétation est confirmée par les enregistrements électro-encéphalographiques effectués chez chaque malade avant et après injection de 45-60 électro-chocs et association 45-60 électro-chocs.

L. R.

Diabète insipide au cours du traitement d'une schizophrénie par la chlorpromazine, par J.-N. Vallat, Lepetit et Texier. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 15 février 1955).

Démence précoce à forme catatonique chez un garçon de 16 ans. Traitement par doses fortes de chlorpromazine (400 mgr. par 24 heures). Amélioration. Au 5e jour cependant, polyglobulie ; au 6e jour et 7e jour : institution d'un diabète insipide neutralisé par 10 unités quotidiennes de post-hypophyse polyvidone. La suppression de cette opothérapie fait reparaître le diabète insipide, qui ne disparaît qu'avec la suppression de la chlorpromazine. Au 7e jour de l'arrêt de cette médication, l'état psychique s'aggrave subitement. On reprend alors la chlorpromazine et très vite le diabète insipide reparaît, obligeant à reprendre les injections de post-hypophyse. L'auteur commente le mécanisme physiopathologique de ces troubles.

L. R.

Traitement par la chlorpromazine des toux spasmodiques incoercibles, par J. Vidal, Mme Ter Schiphorst et Mlle L. Cavalier. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 février 1955).

Dans deux cas de tuberculose pulmonaire : toux incoercible d'une extraordinaire intensité et sans cause évidente. Après avoir résisté à toutes les médications classiques, cette toux a remarquablement cédé à la chlorpromazine associée à un antihistaminique de synthèse.

L. R.

Résultats favorables obtenus par l'administration de 4560 R.P. dans une crise gastrique du tabès et dans une colique de plomb, par R. Moreau, F. Contamin, J. Foglierini, R. Leconte et Florès. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 mars 1955).

Deux observations de crises douloureuses paroxystiques abdominales traitées avec succès par perfusion intraveineuse lente de largactil, à la dose de 50 mgr. dans 500 cm3 de sérum glucosé isotonique. Il s'agissait dans un cas d'une crise gastrique du tabès, dans l'autre d'une colique saturnine. Toutes deux avaient été soumises au préalable à la médication atropinique avec un insuccès total. L'interprétation qui paraît aux auteurs la plus plausible est celle d'une action du largactyl sur les voies sensitives.

L. R.

Indications et méthodes d'emploi du largactyl (4560 R.P.) en thérapeutique neuro-psychiatrique (Indicazioni e metodi di impiego del largactil (4560 RP) in terapia neuro-psichiatrica), par G. Macchi, E. Manghi et M. Saginario (de Parme). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 1, 31 mars 1954, p. 183-204).

Chez 130 malades dont 33 psychoses variées, 57 psychonévroses, 18 syndromes extrapyramidaux, 6 cas de douleurs rebelles et 16 d'hypertension artérielle extrarénale, le 4560 R.P. a été employé par les auteurs. Ceux-ci considèrent comme des indications absolues : les psychoses confusionnelles

aiguës, les excitations maniaques, les psychoses traumatiques, celles dues à l'alcoolisme et aux stupéfiants, les psychonévroses neurasthéniques, l'hystérie, l'anorexie mentale, la névrose d'angoisse épisodique. Il y a indication relative dans les réactions dysthymiques et délirantes, les psychoses dépressives, la névrose hypocondriaque, la psychasthénie anxieuse. Il n'y a aucune indication dans la schizophrénie, la manie chronique, les démences organiques, la psychonévrose obsessionnelle, les personnalités psychopathiques, les névroses de situation. Le médicament échoue dans le parkinson, mais agit dans la chorée, de même dans les algopathies rebelles. L'efficacité est limitée dans l'hypertension artérielle extrarénale. Les incidents possibles, les précautions, sont rappelés. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Retouches à notre expérience du largactyl en psychiatrie, par M. BERGOUIGNAN et N. D'AULNAY. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 16 novembre 1954).

Suite à une première étude, publiée il y a un an, de 50 psychoses traitées par le largactyl seul, administré par voie intra-musculaire et *per os*, et nouvelles acquisitions d'une expérience plus prolongée sur un nombre très important de malades. Les incidents sérieux restent l'exception : deux phlébites chez des malades alités pendant plusieurs semaines, et syndromes proches du parkinsonisme (de l'akinésie simple à l'hypertonie extra-pyramidale la plus caractérisée, tous les intermédiaires peuvent se rencontrer).

Les auteurs sont plus réservés que l'an dernier pour l'utilisation du largactyl dans le delirium tremens. Dans la manie et surtout la mélancolie, si une sédation symptomatique est obtenue, l'association avec l'électroplexie s'est avérée nécessaire dans la plupart des cas. Les succès les plus remarquables du largactyl ont été observés dans les maladies mentales dont le pronostic restait le plus sombre : états schizophréniques, surtout dans leurs formes paranoïdes, bouffées confusionnelles et délirantes, psychoses hallucinatoires chroniques.

Dans ces divers domaines, le largactyl représente une véritable révolution thérapeutique à condition d'être employé après le traitement d'attaque en cures d'entretien très prolongées chez les malades chroniques. La physionomie clinique du schizophrène transformé par le largactyl et maintenu sous son action pose des problèmes nouveaux de réintégration sociale. Les structures hospitalières devront prévoir, dans un proche avenir, des organismes de psychothérapie et de rééducation pour ces convalescents dont l'insertion sociale reste précaire si l'on s'en tient à la simple cure médicamenteuse, mais qui bénéficient d'une psychothérapie patiente.

L. R.

Hypnothérapie avec le largactyl en psychiatrie (Ipnoterapia con largactil in psichiatria), par Piero SAGRIPANTI (de Voghera). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 1, 31 mars 1954, p. 155-182).

Après une révision des diverses méthodes de cure de sommeil, l'auteur expose les connaissances sur l'association du largactil et des barbituriques. Décrivant sa méthode personnelle, il montre la bonne tolérance du traitement, l'importance de la psychothérapie associée, la valeur des résultats

observés. L'action la plus favorable s'est exercée spécialement sur l'anxiété, l'excitation surtout de type maniaque, les syndromes hallucinatoires délirants en phase évolutive, quelques formes mélancoliques ou obsessionnelles. L'effet thérapeutique correspond à une sommation du sommeil provoqué et de l'action spécifique du largactil. Données numériques sur les résultats obtenus dans 82 cas, chez des malades du sexe féminin. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Eczémas au largactyl, par F. Arrighi (d'Arles). (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie (filiale marseillaise)*, séance du 18 décembre 1954).

A propos de deux cas d'eczéma au largactyl injectable, rappel de l'importance du facteur localisation (espaces interdigitaux, doigts et accessoirement paupières supérieures) dans la recherche du diagnostic étiologique. L'auteur critique que seul parmi les eczémas professionnels médicamenteux, l'eczéma à la streptomycine soit reconnu maladie professionnelle indemnisable.

L. R.

Valeur et limites des cures de sommeil en psychiatrie, par J. Laboucarié et P. Combes. (*Toulouse médical*, 55e année, n° 3, mars 1954, p. 221-232).

On peut distinguer : *a*) des narcothérapies chimiques, dérivées de la méthode de Klaesi, longtemps utilisées en Suisse, pratiquement abandonnées actuellement ; *b*) des cures de sommeil conditionné, application des travaux de Pavlov, mises au point par les médecins russes ; *c*) des cures de sommeil potentialisé dérivées des recherches de Laborit, spécialement employées en France. Rappelant les publications récentes sur ces questions, les auteurs rapportent leurs résultats : nuls dans les schizophrénies, favorables dans les syndromes aigus et surtout dans les états maniaques. La tendance actuelle est, d'ailleurs, d'avoir recours aux méthodes associant la cure de sommeil aux méthodes de choc, souvent plus efficaces. Il faut connaître les limites de la nouvelle technique. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Indications de la thérapeutique anticoagulante en neurologie, par E. Wolinetz et H. Mamo. (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie*, séance du 15 juin 1955).

La pathologie vasculaire du cerveau est dominée anatomiquement par l'intrication des lésions d'infarcissement et des hémorragies. Cliniquement, ces deux ordres de troubles sont pratiquement indiscernables. L'électro-encéphalographie n'est pas d'un grand secours. On pouvait donc prévoir que l'application pratique de la thérapeutique anticoagulante serait difficile. Bien plus, les travaux modernes (en particulier ceux de Mahoudeau et Daum) ont montré l'extrême variabilité de la coagulabilité sanguine, d'un cas à l'autre et d'un moment à l'autre, dans les syndromes de ramollissement du cerveau. Cela explique l'extrême réserve et les appels à la prudence des présentateurs qui ne retiennent, comme indications valables, que les embolies cérébrales du rétrécissement mitral et le syndrome de thrombose de la carotide interne pour autant qu'il puisse être diagnostiqué.

L. R.

Les explorations radiologiques en neuro-chirurgie cérébrale, par M. David (de Paris), avec la collaboration de H. Fischgold, G. Ruggiero, J. Talairach, J. Aboulker, P. Benda et J. Constans. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, réunion d'Alger, 20-21 avril 1954).

Les conclusions neuro-chirurgicales du rapport sont formulées par M. David. Les radiographies standard apparaissent comme une nécessité routinière. L'angiographie convient aux malformations vasculaires et aux tumeurs richement vascularisées ; elle peut rendre des services pour le diagnostic des abcès du cerveau et des complications des traumatismes cérébraux. L'encéphalographie fractionnée est, d'après l'auteur, appelée à supplanter la ventriculographie directe, dans la plupart de ses indications.

Le perfectionnement technique des explorations radiologiques tend à permettre le diagnostic précoce des néoformations cérébrales et à trouver des critères d'opérabilité.

L. R.

Valeur et indications des méthodes radiologiques de contraste en neuro-chirurgie cranienne, par Descuns, Garre, Chevrot et Viallet (d'Alger). (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, réunion d'Alger, 20-21 avril 1954).

Comparant les renseignements que peuvent donner les différentes méthodes de pneumographie d'une part, les angiographies d'autre part, les auteurs indiquent les insuffisances de chacune de ces méthodes. La clinique et l'électro-encéphalographie doivent les compléter.

L. R.

Techniques, indications et effets des interventions sanglantes sur l'encéphale contre les affections mentales, par Jean Lhermitte. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 28 avril 1955).

La neuro-chirurgie dans les maladies mentales comporte un certain nombre d'interventions : lobectomie, lobotomie (ou leucotomie), topectomie, gyrectomie, fibrotomie. Si les topectomies semblent plus satisfaisantes aux yeux du chirurgien, elles ne semblent pourtant pas répondre à des conditions physiologiques aussi logiques que la lobotomie. De toutes façons, le recours à la neuro-chirurgie ne doit être retenu qu'après l'échec de toutes les thérapeutiques biologiques ; il ne peut s'exercer contre la volonté du patient, même si celui-ci ne possède plus, en raison de sa maladie, la plénitude de sa conscience et de son libre arbitre.

Deux indications essentielles de la lobotomie sont la *psychose obsessionnelle grave*, surtout dans les formes caractérisées par les phobies, les impulsions, le doute morbide, et la *mélancolie invétérée* et rebelle.

Dans la schizophrénie grave, l'intervention chirurgicale ne peut guérir un processus organique étendu à tout le cerveau ; mais certains cas se sont trouvés favorablement influencés. Les douleurs irréductibles, qu'elles soient psychiques ou authentiquement organiques, sont une indication importante. Dans tous ces cas, la lobotomie doit être bilatérale et aussi complète que possible.

L'acte chirurgical accompli, une rééducation ou une réhabilitation psychi-

que apparaissent nécessaires pour permettre à l'opéré de reprendre place dans sa famille, la société ou sa profession.

L. R.

Coagulation du quadrant ventromédian dans le traitement des psychoses et des névroses, par H. D. McIntyre, F. H. Mayfield et A. P. McIntyre. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 111, n° 2, août 1954, p. 114).

La nouvelle technique de Grantham pour la section bilatérale des faisceaux ventro-médians thalamiques par l'électro-coagulation constitue un grand progrès dans les interventions lobotomiques. Les auteurs décrivent leur technique, l'emplacement des électrodes. L'opération est faite, soit sous anesthésie générale, soit sous anesthésie locale. Les auteurs ont ainsi traité 30 malades, qui ont été choisis en raison de l'importance du facteur anxiété noté dans leur syndrome mental. La plupart avaient subi diverses convulsivothérapies et un traitement psychothérapique pendant des périodes allant de quatre à dix ans ; cinq étaient atteints de psychose schizo-affective, six de dépression involutive, cinq de schizophrénie paranoïde, sept de névrose anxieuse chronique, deux d'excitation périodique ; un sujet était atteint de manie et d'une affection cardio-rénale vasculaire ; deux femmes présentaient, l'une une psychose sénile, l'autre une dépression réactionnelle ; un jeune sujet avait des troubles du caractère. Sur les 30 sujets traités, 26 ont été guéris de leur état anxieux. Les résultats de l'opération sont immédiats et frappants. Certains sujets ne présentent plus de troubles mentaux dès qu'ils sortent de leur état opératoire anesthésique; ils ne présentent aucune désorientation, confusion, amnésie. Dans les mois suivants, on ne note pas d'inertie, de détérioration intellectuelle, comme après les lobotomies préfrontales. L'opération peut être pratiquée chez des sujets dont le mauvais état physique ne permet ni électro-chocs, ni lobotomie. Après l'opération, on n'observe pas de convulsions. Enfin, l'opération en cas d'un premier insuccès peut être répétée. C'est ce que les auteurs ont fait chez sept malades et l'un d'entre eux a été opéré trois fois.

L. Marchand.

Modifications dans le système nerveux autonome après leucotomie unilatérale, par A. Elithorn, M. F. Piercy et M. A. Crosskey. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 17, mai 1954, p. 139).

Les recherches ont porté chez quatre sujets sur les modifications de la température cutanée après réchauffement et refroidissement, sur la température cutanée en repos, sur la sudation, sur la résistance cutanée (réflexe psychogalvanique), en comparant l'un et l'autre côté du corps. Les résultats ne sont pas en faveur de la présence de centres autonomes corticaux préfrontaux, qui agiraient comme foyer dans les réponses vasculaires et sudorales. Cependant, les modifications qui sont différentes suivant chaque sujet, permettent de supposer que les lobes frontaux ont une influence inhibitrice ou excitante sur des centres qui ont des fonctions focales sur le système autonome. Ces zones corticales seraient centrées autour des aires sensorio-motrices.

L. Marchand.

De quelques facteurs pronostiques dans 538 cas de lobotomie transorbitaire par C. L. Jackson et E. G. Jaco. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. III, n° 5, novembre 1954, p. 353).

Chez 538 malades qui ont subi la lobotomie transorbitaire, les auteurs ont recherché les facteurs qui sont intervenus dans les résultats ; 57 % furent bons, 43 % mauvais. La mort est survenue dans 2 % des cas. Ils ont noté 18 facteurs, qui se décomposent ainsi : 13 sont importants. 1° Les femmes ont un pourcentage de guérison plus élevé (67 %) que les hommes (41 %). 2° Les noirs ont un pourcentage plus grand de guérison (67 %) que les blancs (51 %). 3° Les psychoses involutives, paranoïdes, schizophréniques, ont guéri mieux que les formes méningo-encéphalitiques, convulsives et démentielles. 4° Plus courte a été la durée de la maladie, plus favorable a été l'opération. 5° Plus la durée de l'hospitalisation a été courte, plus il y a eu de chances de guérison. 6° Les malades qui n'ont pas subi plus de dix électrochocs guérirent mieux que ceux qui en ont subi un plus grand nombre. 7° Les sujets qui n'ont pas été traités par le coma insulinique guérirent mieux que ceux qui ont subi ce traitement. 8° Le pourcentage des sujets mariés guéris est plus élevé que celui des célibataires. 9° Les sujets instruits ont eu un pourcentage de guérison plus élevé que celui des moins instruits. 10° Le traitement fut plus favorable chez les malades qui s'occupaient dans l'hôpital que chez les inactifs. 11° Les protestants guérirent mieux que les catholiques (aucun juif parmi les malades observés). 12° Les sujets qui avaient été atteints d'une maladie vénérienne présentèrent une tendance à la guérison plus nette que les autres. 13° Les malades hospitalisés plusieurs fois ont présenté plus de chances de guérison que les autres. Les cinq autres facteurs qui concernent l'âge, le début de la maladie, la tendance au suicide, l'ordre de la naissance, le nombre des frères et sœurs, n'ont aucune signification concernant les résultats de l'opération.

L. Marchand.

Lobotomie chez les schizophrènes (Lobotomia em pacientes esquizofrênicos), par Lysanias Marcelino da Silva, Domingos Guilherme da Costa et Portella Nunes. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 1, 1954, p. 1-13).

Sur vingt schizophrènes opérés par lobotomie, furent observés neuf échecs, le tableau clinique demeurant inchangé, six améliorations partielles, cinq rémissions sociales avec sortie. Sur ces cinq cas, se produisirent deux rechutes, le milieu familial étant défavorable. Les trois malades demeurés dans leur famille étaient des schizophrènes récents. Il reste encore beaucoup à faire pour préciser les indications de la leucotomie. Une meilleure connaissance de la physiologie du lobe frontal est nécessaire.

V.-J. Durand.

Effets de la lobotomie préfrontale chez des malades atteints de schizophrénie chronique sévère, par R. Jenkens, J. Holsopple et M. Lorr. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 111, n° 2, août 1954, p. 84).

Les auteurs ont cherché à préciser l'action de la lobotomie préfrontale sur les symptômes graves schizophréniques en comparant des sujets présen-

tant les mêmes particularités cliniques, les uns étant soumis à cette intervention, les autres simplement pris comme témoins. A noter que les malades qui ont été choisis pour l'opération étaient plus gravement atteints que ceux gardés comme contrôle. Les symptômes de gravité pris comme base sont le degré d'anxiété, l'intensité de la tendance à l'isolement, la profondeur de la désorganisation schizophrénique, le facteur de la projection paranoïde. L'amélioration de tous ces symptômes a été plus accusée chez les lobotomisés que chez les non lobotomisés. Les auteurs émettent l'hypothèse suivante : le processus schizophrénique est le résultat d'un conflit que le malade ne peut résoudre. Il se traduit, du point de vue psychologique, par des préoccupations anxieuses, et du point de vue neurologique, par une sorte de feedback morbide entre les circuits cortico-thalamiques et les circuits thalamo-corticaux, c'est-à-dire d'une part entre le cortex cérébral qui, représentant les circuits les plus élevés, paraît être essentiel pour le développement de l'anxiété pathologique, et d'autre part le diencéphale qui, représentant les circuits les plus bas, est seulement capable de permettre les comportements appropriés défensifs stéréotypés. On peut présumer que la lobotomie préfrontale agit en sectionnant les circuits cortico-thalamiques, dont la résonance est morbide. Les schizophrènes peuvent ainsi se servir de ce qui reste utilisable dans leur mentalité.

L. Marchand.

De la conservation, dans les hémisphérectomies, de zones en apparence saines, par D. Ferey, A. Javalet, P.-H. Davost et Ch. Stabert. (Rennes). (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 30 novembre 1954).

Il est apparu aux auteurs, qu'il y avait intérêt, dans certains cas, à conserver des zones, en apparence saines, au milieu de l'atrophie diffuse d'un hémisphère cérébral. Ils rapportent un cas dans lequel toute la région rolandique du côté malade a pu être conservée. L'hémiparésie qui existait avant l'intervention s'est trouvée améliorée, en même temps que disparaissaient les troubles caractériels et les équivalents épileptiques.

Il apparaît possible de conserver, en cours d'hémisphérectomie, des zones saines, surtout motrices ou sensorielles, même si elles doivent rester isolées, au milieu de l'hémicrane évidé, à condition qu'elles soient parfaitement irriguées.

L. R.

Opération plastique sur la selle turcique dans les infantilismes hypophysaires, par M. Feld. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 30 novembre 1954).

La constatation radiologique d'une selle turcique « fermée », hyperossifiée, réduisant la capacité de la loge hypophysaire permet, lorsqu'elle coexiste avec un syndrome d'infantilisme diencéphalo-hypophysaire, d'envisager un recours chirurgical. Une étude radiologique minutieuse doit précéder la décision opératoire. L'auteur décrit la technique d'agrandissement de la loge hypophysaire, par l'ouverture du cadre antérieur de la selle turcique, puis

incision du diaphragme sellaire. Une observation, avec recul d'un an, montre le bénéfice somatique, sexuel et psychique obtenu.

L. R.

Transformation clinique d'un traumatisme cérébro-vestibulaire après trépanation du canal semi-circulaire supérieur, par Raymond Batisse. (*Bull. de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres de France*, séance du 4 mars 1955).

Observation de vertiges de Ménière post-traumatiques s'accompagnant parfois d'épisodes d'allure comitiale. Une trépanation du canal semi-circulaire supérieur (les vertiges se produisent dans un plan vertical) fit disparaître le syndrome de Ménière et laissa à l'état pur une comitialité qui céda d'ailleurs au traitement médical. Problème des rapports entre les centres cérébraux et l'organe périphérique.

L. R.

La voie intra-cranienne dans l'exérèse du prolongement nasal des méningiomes olfactifs, par B. Pertuiset et T. Beciric (de Paris). (*La Presse médicale*, 27 avril 1955).

Devant la possibilité de récidive ou de complications infectieuses, allant de la méningite à l'abcès du cerveau lorsqu'on laisse en place le prolongement nasal des méningiomes olfactifs, les auteurs estiment qu'il est préférable d'enlever un tel prolongement, étant bien entendu que cette exérèse doit être suivie d'une plastie, tant durale qu'osseuse, afin de fermer la communication réalisée entre les fosses nasales et les espaces sous-arachnoïdiens. Deux observations.

L. R.

L'heure neuro-chirurgicale dans les hémorragies cérébrales spontanées, par E. Wolinetz et Testard. (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie*, séance du 16 février 1955).

Insistant sur les difficultés matérielles et morales de l'indication opératoire, rappelant le rôle des impondérables en cette matière, les auteurs étudient les divers facteurs qui peuvent orienter vers l'acte chirurgical : *l'anatomie pathologique*, puisque seuls les hématomes connaissent le succès opératoire ; *l'électro-encéphalogramme*, dont la valeur ne doit pas être exagérément prisée mais annonce parfois l'imminence du coma ; *l'étiologie*, où l'hypertension artérielle règne en maître mais où les malformations vasculaires, angiomes et anévrysmes, représentent un facteur essentiel chez le jeune ; *la clinique*, qui reste en fin de compte l'argument décisif.

On doit opérer lorsqu'il existe ou qu'il apparaît des signes d'hypertension intracranienne avec focalisation de la lésion. On ne doit pas opérer l'apoplexie gravissime d'emblée et, fait important, les ruptures d'anévrysmes ou d'angiomes de la base. Il vaut mieux espérer une sédation spontanée que tenter l'intervention sans aucune chance de succès. Ces restrictions faites,

il ne faut pas, même chez les hypertendus ou des scléreux, négliger ces chances dont une petite statistique personnelle fait foi.

L. R.

A propos des hémorragies cérébrales aiguës et vasculaires, et de leur traitement opératoire, par M. Janny et M. Gabert. (*Bull. de la Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance du 4 mars 1955).

Observation d'un accident vasculaire aigu survenu chez un homme de 63 ans, hypertendu et athéromateux, traité avec succès par une méthode mixte, médico-chirurgicale : neuroplégie pour lutter contre le syndrome neuro-végétatif, et plus particulièrement contre son aspect vasculaire ; évacuation *a minima* de l'hématome par simples ponctions répétées à la demande.

L. R.

Le traitement de l'ictus cérébral d'origine vasculaire, par Paul Cossa (de Nice). (*La Presse médicale*, 17 décembre 1955).

Partant du principe que ce qui tue dans les accidents vasculaires cérébraux, ce n'est pas la plupart du temps l'accident vasculaire lui-même, mais l'œdème réactionnel périfocal du cerveau, l'auteur a proposé, en 1953, de traiter les accidents par une thérapeutique anti-œdème, analogue à celle que l'on emploie en neurochirurgie. Il rapporte les modifications de détail apportées à cette méthode, dont l'essentiel demeure la perfusion veineuse continue de sérum artificiel contenant de la procaïne et du largactil. Parmi les heureux résultats obtenus, il rapporte la guérison d'un accident jusqu'alors constamment mortel, une thrombose du tronc basilaire.

L. R.

La chirurgie dans la maladie de Basedow, par J. Barrier (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie*, séance du 20 octobre 1954).

L'auteur, qui a pratiqué depuis 1940, 400 thyroïdectomies, discute les accidents possibles, graves (choc opératoire, embolie gazeuse, hémorragie), ou minimes (troubles de la phonation, gêne respiratoire) ; enfin, les troubles ou minimes (troubles de la phonation, gêne respiratoire) ; enfin, troubles aussi récidives. Mortalité de 2,5 % ; résultats bons dans la grande majorité des cas.

L'auteur discute les indications et contre-indications ; il insiste sur l'importance d'une longue préparation des malades et préfère l'anesthésie loco-régionale à l'anesthésie générale. Actuellement, dans les cas graves, l'opération est très souvent nécessaire ; éviter aussi bien une décision trop précoce qu'une temporisation dangereuse.

L. R.

Intérêt du di-iodo-benzoate de butyle dans le traitement des hyperthyroïdies, par P. Mériel, Ch. Darnaud, Y. Dénard, G. Moreau et J.-L. Fermond. (*Bull. de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance du 25 janvier 1955).

Ce produit présente expérimentalement une action anti-thyroxinienne et une action anti-hypophysaire. L'utilisation clinique a permis d'obtenir des résultats intéressants dans des maladies de Basedow et dans des dystonies para-basedowiennes résistant aux traitements classiques. Par contre, il n'a été enregistré aucune action dans deux cas de goitre bénin.

L. R.

Association de maladie de Basedow, de myopathie et de tétanie chez un enfant de 11 ans. Traitement par l'iode radio-actif. Etude clinique, électro-encéphalographique et électromyographique, par R. Sacrez, Ch. Lausecker et Mme C. Isch. (*Bull de la Société de pédiatrie de l'Est*, séance du 23 juillet 1955).

Association chez une fillette de 11 ans d'une maladie de Basedow, de dystrophie musculaire (myopathie thyroïdienne), de tétanie et d'ostéoporose. Il a été possible de recueillir des tracés électromyographiques d'atrophie myogène et de tétanie, ainsi que des tracés électro-encéphalographiques montrant des polypointes-ondes. Hyperthyroïdie étudiée et traitée au moyen de l'iode radio-actif.

L. R.

Réactions thyroïdiennes provoquées par l'acide para-aminosalicylique par J. Vidal (de Montpellier) et J. Plane (de Colmar). (*Bull. de la Société française de la tuberculose*, séance du 12 février 1955).

Quatre observations, la première datant de 1950, d'hypertrophie thyroïdienne sous l'influence du traitement par le P.A.S. Le dysfonctionnement de la glande s'est chaque fois orienté vers une hyperthyroïdie. Ces accidents d'une incontestable rareté n'ont pas exercé une influence favorable sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

L. R.

Sur la thérapeutique de la paralysie cérébrale infantile et ses résultats lointains (Zur Therapie der infantilen Cerebrallähmung und deren Fernresultate), par L. Senn (de St-Gall). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, 34e année, no 4, avril 1954, p. 200-202).

L'auteur rappelle les principes essentiels du traitement de la paralysie cérébrale infantile. Un diagnostic précoce est d'abord nécessaire, puis des efforts patients sont indispensables avec collaboration du malade, des parents, des médecins, des moniteurs. Quelques travaux récents sur les résultats lointains du traitement sont, dans l'ensemble, assez encourageants.

V.-J. Durand.

L'association prostigmine-acétylcholine dans la thérapeutique de la myasthénie grave (L'associazione prostignina-acetilcolina nella terapia della miastenia grave), par F. Accornero (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 24, fasc. 2, mars-avril 1954, p. 198-214).

L'auteur rapporte deux cas de myasthénie grave chez deux jeunes filles de 16 et 12 ans. Le traitement appliqué a été celui déjà décrit par lui en 1937 : prostigmine et acétylcholine associées. L'effet le meilleur et le plus durable est obtenu quand l'acétylcholine est administrée en deux fois à une demi-heure ou une heure d'intervalle. Ce procédé permet d'éviter également les réactions vaso-motrices que pourrait entraîner l'injection intramusculaire de la dose totale d'acétylcholine. Ces résultats confirment l'importance de l'acétylcholine dans la pathogénie de la myasthénie. Quatre photographies. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Premiers essais avec la pyridostigmine (mestinon Roche), par N.-A. Radermecker (d'Anvers). (*Acta neurologica et psychiatrica*, Belgica, avril 1955).

De sept observations personnelles de traitement de la myasthénie par la pyridostigmine, l'auteur conclut que cette médication est active, d'action plus lente et plus prolongée que celle de la prostigmine et également plus maniable que la prostigmine.

L. R.

Le traitement héroïque du tétanos gravissime (Curarisation maxima, sans anesthésie, mais avec trachéostomie et respiration artificielle par contrôle volumétrique interne des modifications de pression). Quatre premières observations, par P. Mollaret, R. Bastin, B. Damoiseau, M. Goulon, J.-J. Pocidalo et M. Rapin (de Paris). (*La Presse médicale*, 22 octobre 1955).

Les auteurs rappellent d'abord les principes qui ont guidé leur traitement des formes gravissimes du tétanos :

le tétanos est une neuro-intoxication dont le foyer de départ ne relève (à cause des antibiotiques) que d'un minimum de gestes chirurgicaux, qui ne connaît aucun antidote médicamenteux mais un unique antidote physiologique (l'antitoxine) et où la mort est essentiellement végétative respiratoire;

la maîtrise acquise en respiration artificielle a permis aux auteurs de démontrer l'absence de toxicité vraie du curare naturel et leur a permis de définir un critère de surveillance clinique des doses à administrer : à savoir, obtenir la suppression de toute contracture, avec espacement mais sans suppression totale des secousses cloniques.

Les cas ont été ainsi traités. Un seul cas ne fut pas guéri, mais il s'agissait d'un sujet de 64 ans, handicapé par un déficit antérieur à la fois respiratoire et circulatoire (bloc coronarien des bronches droites). Les trois autres cas, tous à porte d'entrée utérine, sont guéris.

Les auteurs attirent l'attention sur un syndrome neurologique secondaire

qu'ils ont pu individualiser pendant la première quinzaine de la convalescence et qui correspond à la fixation centrale de la toxine tétanique. Au total, le qualificatif d'*héroïque* apparaît réellement justifié dès les premiers résultats du schéma thérapeutique proposé.

L. R.

Tétanos mortel après injection de phénylbutazone (2 cas), par M. Janbon, I. Bertrand, M. Ribstein et A. Bertrand. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 février 1955).

Deux cas mortels de tétanos après injection intramusculaire de dérivés du pyrazolone (phénylbutazone et irgapyrine) : incubation courte (5 jours 1/2 et 7 jours), évolution suraiguë (24 heures et 32 heures après le trismus), mort en apnée par contracture des muscles respiratoires. *Plectridium tetani* a été trouvé dans les abcès apparus aux points d'injection. Par leur action locale et par leur propriété anti-inflammatoire, les dérivés du pyrazolone semblent avoir permis le déclenchement du tétanos et peut-être son évolution accélérée. La connaissance de tels accidents mortels doit faire préférer, aux injections musculaires, la prise orale de phénylbutazone.

L. R.

Le traitement actuel des paraplégies traumatiques, par Daniel Mahoudeau et Claude Lapresle (de Paris). (*La Presse médicale*, 11 décembre 1954).

De très grands progrès ont été accomplis dans le traitement et la réhabilitation des paraplégies traumatiques. Certaines notions sur le comportement physiologique de la moelle sectionnée et les conséquences des traumatismes médullaires ont été révisées : à la phase de shock spinal (conséquence de l'atteinte élective de certains faisceaux médullaires) succède une période d'activité réflexe en flexion, puis une période avec activité réflexe en extension. La vessie paralysée ne présente aucune atonie si elle est mise à l'abri de toute distension mécanique et peut ainsi recouvrer un fonctionnement réflexe ; les troubles trophiques et les eschares ne présentent nullement un caractère obligatoire et peuvent être évités avec des précautions. Aussi la réhabilitation des paraplégies traumatiques a-t-elle été possible, réhabilitation qui comporte un réentraînement musculaire spécial et surtout un important traitement général, de minutieuses précautions pour la prévention des eschares, une rééducation patiente du fonctionnement intestinal et vésical, souvent aussi des interventions spécialisées sur l'appareil génito-urinaire, sur le système nerveux (pour les spasmes ou les douleurs), ou encore des interventions orthopédiques.

De multiples problèmes d'ordre social, professionnel, familial, sont posés par ces blessés. Traitement et réhabilitation ne peuvent être sérieusement entrepris que dans des centres strictement spécialisés, dont la création est la condition première du succès.

L. R.

Les vertiges du syndrome sympathique cervical postérieur de Barré et leur traitement par les infiltrations du plexus vertébral, par Maspétiol, Chardin et Millard (de Paris) (*La Presse médicale*, 23 octobre 1954).

Les vertiges survenant au cours du syndrome sympathique cervical postérieur sont des faits bien connus. Barré et Liéou les ont signalés dès leur première publication en 1925. Mais, si les vertiges ne constituent le plus souvent qu'un signe accessoire du syndrome de Barré, dans certains cas, non exceptionnels du moins pour les otologistes, ceux-ci apparaissent comme le symptôme majeur. Ils présentent généralement des caractères assez nets pour en faire suspecter l'étiologie et rechercher les autres éléments du syndrome. Ils peuvent être associés à une atteinte cochléaire, fait qui mérite d'être retenu, car dans le problème bien obscur de l'étiologie des surdités, ils apportent, du moins dans certains cas, quelques éclaircissements.

Du point de vue thérapeutique, les auteurs soulignent l'action remarquable sur ces vertiges des infiltrations du plexus vertébral. La guérison complète est la règle, guérison durable, bien que les vertiges traités persistaient le plus souvent depuis des mois, des années, et avaient été rebelles à des thérapeutiques variées et multiples. Cette thérapeutique n'est valable que pour les vertiges d'origine cervicale. Dans trois observations où les infiltrations n'avaient donné qu'une guérison passagère, la section du nerf vertébral a donné une guérison complète et durable depuis plus de deux et trois ans.

L. R.

La chirurgie non mutilante des névralgies faciales est-elle devenue une réalité ?, par J. Duplay, P. Cossa et F. Cerutti (de Nice). (*La Presse médicale*, 8 octobre 1955.)

Comme toutes les chirurgies de la douleur, le traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau est jusqu'ici mutilant, puisqu'il vise à interrompre les voies de la douleur.

Tarnhodj est parti de l'idée que la névralgie faciale était due à l'étranglement, dans leur gaine durale, de la racine du V et du ganglion de Gasser œdématique. Il a proposé en 1952 de libérer cette formation par simple incision de la gaine durale. Les auteurs rapportent les heureux résultats d'une expérience personnelle encore modeste mais qui vient corroborer les conclusions de Tarnhodj lui-même, de Sjoquist, et de Grafton Love et Svien.

L. R.

De la paralysie faciale : modifications des opérations d'anastomose facio-hypoglosse et de plastie faciale, par William O. Lodge, M. D., F.R.C.S. et S. A. Gueukdjian, M. D., C.F.E.M. (*La Presse médicale*, 9 juillet 1955).

La paralysie faciale du type périphérique ressort souvent de la chirurgie. Les auteurs considèrent qu'il est raisonnable d'opérer chaque fois qu'il n'y a pas d'amélioration dans les six semaines.

Dans les lésions du nerf facial, en amont du ganglion géniculé, on pratique actuellement une anastomose nerveuse facio-hypoglosse. Les auteurs

décrivent une modification à l'opération. Ils protègent l'anastomose par un manchon confectionné d'un segment de la veine jugulaire externe.

Dans les paralysies de longue durée, une modification personnelle de la plastie de Stein est employée, en utilisant un lambeau de fascia lata qui encercle triangulairement le ligament palpébral interne.

La physiothérapie a toujours une place importante.

L. R.

Rœntgenthérapie des lombalgies et des sciatiques, par Pierre Pizon (de Paris). (*La Presse médicale,* 6 avril 1955).

L'auteur motive la technique suivie par des considérations déduites de l'absorption des rayons X par les tissus mous et par l'os qui aboutissent à choisir un rayonnement de C.D.A. comprise entre 0,7 et 1 mm. de cuivre et une distance focale de 40 cm. Il expose les raisons d'observation fixant la dose (dix séances tri- puis bi-hebdomadaires de 150 r. chacune avec débit modéré) et discute, pour les éliminer, les risques ovariens.

Résultats d'une statistique personnelle comprenant 155 lombalgies et 50 sciatiques vraies : guérisons immédiates et authentiques dans 62 % des cas ; améliorations dans 29,7 % ; échecs dans 8,3 %. Si l'efficacité de la rœntgenthérapie s'avère à peu près constante malgré la diversité des causes des syndromes douloureux dont l'analyse précise le caractère neuro-végétatif, c'est que les rayons X agissent par une action sympathicolytique dont la particularité est de s'exercer dans la totalité du volume ostéo-articulaire où se trouve l'origine mécanique de la perturbation neuro-végétative. Associée à une thérapeutique générale et orthopédique, la rœntgenthérapie conserve à la fois une presque constante efficacité et des risques nuls.

L. R.

Le traitement de la sciatique commune par la cortisone, par P. Ravault, G. Vignon et Thiollier. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Lyon,* séance du 22 novembre 1954).

La sciatique commune dépend, en général, d'un conflit discoradiculaire dans lequel l'élément mécanique discal et l'élément inflammatoire radiculaire occupent, suivant les cas, une importance variable. C'est pour guérir cette inflammation que la cortisone a été employée dans le traitement de la névralgie.

Les auteurs ont traité 32 malades par la cortisone injectable ou buccale en faisant des cures de 1 gr. 70 en moyenne sans incident. Ils ont obtenu 12 échecs et 20 succès dont 17 rémissions durables. Ils concluent que la cortisone semble guérir ou améliorer la sciatique commune dans près des 2/3 des cas, et paraît surtout efficace dans les sciatiques récentes et hyperalgiques.

L. R.

Réflexions suscitées par 20 cas de paralysies radiales traumatiques traitées par réanimation tendineuse dans le 2e service de chirurgie du Val-de-Grâce, par R. Boron, V. Sarlin, P. Cellier, Ch. Franck de Préaumont et J. Landois. (*Bull. de la Société de médecine militaire française*, séance du 14 avril 1955).

Le traitement palliatif par les transplantations tendineuses est une excellente opération. La constance des succès n'est cependant obtenue qu'à certaines conditions : disparition complète des raideurs et des rétractions tendineuses par le traitement pré-opératoire ; absence de lésions vasculaires et de troubles physiopathiques ; technique opératoire respectant les règles établies ; adaptabilité du sujet et volonté de récupérer. La bénignité et la rapidité de récupération fonctionnelle permettent d'élargir ses indications et de gagner du temps sur les délais d'hospitalisation.

L. R.

MÉDECINE LÉGALE

L'homosexualité. Etude médico-juridique, par le professeur Aug. Ley et André Marchal, substitut de l'auditeur militaire. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, décembre 1955).

Distinguant tout d'abord les nombreuses modalités de l'homosexualité et considérant l'homosexuel intégral vrai comme un individu congénitalement anormal, inguérissable au moins dans l'état présent de la thérapeutique, les auteurs décrivent successivement les ambivalents sexuels, l'homosexualité occasionnelle, l'homosexualité passive ou prostitution masculine, l'homosexualité féminine, et concluent que tout délinquant sexuel devrait être examiné au point de vue mental. Si l'homosexuel dont le comportement ne donne lieu à aucun scandale, à aucun acte public blessant la pudeur, ne peut pas être incriminé, en cas d'acte répréhensible une expertise mentale doit déterminer si l'individu est punissable ou s'il a agi sous l'influence d'un état de déséquilibre mental lui enlevant le contrôle normal de ses actions. Et les auteurs soulignent le danger que peuvent présenter ces sujets dans l'exercice de certaines professions.

Suit un intéressant exposé de droit comparé, opposant en particulier la législation allemande (pays où l'homosexualité semble avoir sévi particulièrement et où la répression semble la plus rigoureuse) à la législation belge qui ne poursuit les faits que lorsqu'ils ont été commis en infraction à d'autres articles de la loi pénale relatifs à la protection de la pudeur. Des faits graves commis par les homosexuels à l'égard de mineurs échappent ainsi à la protection de la loi belge. Des caractéristiques et des défauts présentés par les diverses législations, le professeur Aug. Ley et M. le substitut André Marchal dégagent les modifications qu'il pourrait être utile d'apporter à la loi pénale belge.

R. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

L'assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 19 décembre 1955*, à 10 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 janvier 1956*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La séance ordinaire du mois de JANVIER 1956 aura lieu le *lundi 23 janvier 1956*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

Nécrologie

M. le D[r] Fl. PACTET, médecin-chef honoraire des hôpitaux psychiatriques de la Seine, ancien président et doyen des membres de la Société médico-psychologique ;

M. le D[r] Georges VERNET, médecin-directeur honoraire des hôpitaux psychiatriques, *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Légion d'honneur

Est promu au grade d'*Officier* dans l'Ordre de la Légion d'honneur :

M. GRAULLE (Benjamin, Bernard), directeur administratif du Centre psychiatrique Sainte-Anne, à Paris.

Nominations

Mme le Dr Yvonne André est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique Saint-Claude, à La Guadeloupe ;

M. le Dr Jacques Breton est nommé médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) ;

M. le Dr J. Burguet est nommé médecin-chef au quartier psychiatrique des hospices de Niort (Deux-Sèvres) ;

M. le Dr Ch. Dell est mis à la disposition du préfet de la Seine pour une durée de trois ans, à compter du 1er novembre 1955, en vue de sa désignation en qualité de médecin-assistant au centre de prophylaxie mentale Henri-Rousselle ;

M. le Dr A. Gambs est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Lommelet (Nord) ;

M. le Dr H. Godard est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Lehon (Côtes-du-Nord) ;

M. le Dr Michel Guibert est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Lizier (Ariège) ;

M. le Dr M. Guiguen est chargé, à titre provisoire, des fonctions de médecin-chef, à compter du 1er octobre 1955, à l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr G. Houillon est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Lommelet (Nord) ;

Mme le Dr Koechlin est nommée médecin-chef au quartier psychiatrique des hospices de La Rochelle (Charente-Maritime) ;

M. le Dr Paul Neveu est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle) ;

M. le Dr Roelens est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente) ;

M. le Dr F. Tosquelles est chargé à titre intérimaire des fonctions de médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère).

Directeurs administratifs :

M. Lucien Gasiglia est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin) ;

M. Georges Gauthier est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura) ;

M. Jean Guillemot est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève (Isère) ;

M. Michelou est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Concours pour l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Un concours pour le recrutement d'internes en médecine titulaires et la désignation d'internes provisoires des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira le *1er mars 1956*.

S'inscrire à la préfecture de la Seine, service des établissements départementaux d'assistance (1er Bureau), 9, place de l'Hôtel-de-Ville (2e étage, Bureau 210), tous les jours (dimanches, samedis après-midi et fêtes exceptés), de 10 h. à 12 h. et de 15 h. à 17 h., du 3 janvier au 31 janvier 1956 inclus.

Concours pour l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire de Strasbourg.

Un *concours* sera ouvert à *Strasbourg* à partir du *1er janvier 1956* pour le recrutement d'internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de :

Bas-Rhin : Stephansfeld (1 poste) et Hoerdt (1 poste) ;

Haut-Rhin : Rouffach (3 postes) ;

Moselle : Lorquin (2 postes).

S'inscrire, avant le 31 décembre 1955, à l'inspection divisionnaire de la santé, 23, avenue des Vosges, Strasbourg.

Concours pour l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire de Marseille.

Ce *concours* aura lieu le *6 février 1956* pour : 1 poste à l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence, 2 postes à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var), 2 postes à l'hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse). (Dépôt des dossiers avant le 14 janvier).

Concours pour un poste de neuro-chirurgien des hôpitaux de Paris.

Un *concours* pour la nomination à une place sera ouvert le mercredi *1er février 1956*.

Inscriptions du mardi 3 au lundi 16 janvier 1956 inclusivement, de 15 à 17 heures, tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, service de santé (escalier A, 2e étage).

Pour tous renseignements, s'adresser au service de santé de l'administration, de 15 à 17 heures, samedis, dimanches et fêtes exceptés.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Groupe d'études et de recherches sur l'épilepsie infantile (Londres, 6-12 octobre 1955).

Du *6* au *12 octobre 1955,* 15 spécialistes de 9 pays différents se sont réunis à la *Société Royale de médecine de Londres,* sous les auspices de l'*Organisation mondiale de la santé,* pour étudier les problèmes de l'*épilepsie infantile.* La France était représentée par son délégué officiel, le professeur H. Gastaut, et par un observateur, le Dr J. Roger.

Ces spécialistes ont passé en revue les problèmes physiologiques et étiologiques posés par l'épilepsie infantile, ainsi que les implications sociales de cette affection, notamment celles concernant la santé publique. Parmi leurs recommandations, ils ont particulièrement insisté sur la nécessité de créer à travers le monde des établissements de diagnostic et d'orientation médicale et sociale fonctionnant comme des consultations, mais susceptibles de recevoir les malades pour une brève période d'observation et d'essai thérapeutique. De tels centres auront pour but essentiel la réintégration du plus grand nombre possible d'enfants dans la communauté. Les membres du Groupe de recherches ont également discuté les différents facteurs étiologiques de l'épilepsie infantile et ont envisagé des mesures prophylactiques à prendre contre les effets des traumatismes obstétricaux.

Un rapport détaillé sera rapidement mis au point par l'*Organisation mondiale de la santé,* qui le tiendra à la disposition de toutes personnes intéressées.

(*La Presse médicale,* 26 novembre 1955).

Congrès des psychanalystes de langues romanes (Paris, 11-13 novembre 1955).

Le *XVIII*e *congrès des psychanalystes de langues romanes* s'est tenu à *Paris* les *11, 12, 13 novembre 1955,* à l'Hôpital Sainte-Anne, sous la *présidence* du Dr Michel Cénac.

Aux séances, auxquelles assistaient de nombreux délégués belges, espagnols, italiens, portugais, suisses, et qui furent présidées successivement par le Dr R. de Saussure, M. Lechat, Mme Marie Bonaparte, le professeur E. Perrotti, le Dr Michel Cénac, furent présentés et discutés les rapports suivants : « Psychanalyse et connaissance », par le Dr M. Gressot (de Genève) ; « Le caractère névrotique », par les Drs R. Diatkine et J. Favreau (de Paris) ; « Contribution à l'étude des phobies », par le Dr J. Mallet (de Paris).

A l'ordre du jour du *XIX*e *congrès,* qui se tiendra à Paris les 10, 11, 12 novembre 1956, ont été mis les sujets suivants : « Les psychothérapies d'inspiration analytique », par le Dr R. de Saussure (de Genève), et « La situation analytique dans le processus de guérison », par le Dr B. Grunberger (de Paris).

JOURNAUX ET REVUES

Rédaction des « Annales médico-psychologiques ».

Après avoir pendant 25 années assumé la charge de la publication des *Annales médico-psychologiques*, le Dr René Charpentier juge le moment venu d'en abandonner la direction. Ce numéro de décembre sera le dernier publié par ses soins.

Il tient à remercier tous ceux dont la confiance et la collaboration l'ont aidé à remplir sa tâche.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Hygiène mentale et santé publique

Le numéro de septembre 1955 de la « *Chronique de l'Organisation mondiale de la santé* » (vol. 9, n° 9, pages 265-271), soulignant la fréquence croissante des maladies mentales graves, « le rôle des mauvaises attitudes mentales et des influences affectives néfastes dans l'étiologie des maladies mentales » ainsi que les conditions nécessaires à la mise en pratique et à l'efficacité d'une hygiène mentale envisagée sous l'angle de la santé publique, résume les conclusions d'un groupe d'étude spécial de ces problèmes convoqué à Monaco au mois d'avril 1955 par le bureau régional pour l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (étude du malade, état actuel des activités de santé publique sur le plan de l'hygiène mentale, tâches de l'hygiène mentale, l'œuvre d'hygiène mentale publique et son organisation, travail en équipe, rôle de l'hôpital, l'œuvre de santé publique et ses rapports avec l'hygiène mentale, enseignement et formation professionnelle). Nous croyons utile d'attirer ci-dessous l'attention sur quelques-unes de ces conclusions.

« Au point de vue de l'organisation des activités d'hygiène mentale dans « le cadre des services de santé publique, le groupe d'étude estime que la « formule la meilleure est celle du travail en équipe. La structure hiérar- « chisée est à éviter. »

« En Finlande, ces conceptions ont été appliquées. L'équipe qui est en « contact avec les malades se compose d'un médecin (dont les attributions « sont analogues à celles du praticien de médecine générale qu'on trouve « dans la plupart des pays), de l'infirmière locale et d'une sage-femme. Cette « équipe est secondée par une équipe de consultants qui comprend un psy- « chiatre, un pédiatre et un travailleur social. Le rôle d'avant-garde joué « par le médecin donne plus d'efficacité au travail commun. La non-inter- « vention des consultants dans les rapports de l'infirmière et du médecin « avec le malade joue dans le même sens. Le malade n'a conscience d'être « suivi que par les personnes avec qui il est en contact direct : le médecin, « l'infirmière ou la sage-femme. La méthode générale adoptée par ces équi-

« pes consiste à contrecarrer les influences nuisibles et à donner des conseils « destinés à empêcher l'apparition ultérieure de troubles mentaux. Quelques « équipes fonctionnant d'une manière assez analogue ont été créées au « Canada, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis. »

« Il faut reconnaître que l'hospitalisation à laquelle on recourt souvent « représente dans bien des cas une solution de facilité et que les troubles « en cause auraient pu être traités préventivement par des méthodes d'hy- « giène mentale plus satisfaisantes. En revanche, l'hôpital peut contribuer « puissamment à l'action préventive et thérapeutique sur le plan de la santé « mentale si l'esprit de collaboration y règne, tant à l'intérieur que dans « les rapports avec le personnel extérieur : techniciens de l'hygiène men- « tale, spécialistes, travailleurs sociaux et thérapeutes de la rééducation. « Dans bien des cas, l'intervention de l'hôpital nécessiterait une organisa- « tion nouvelle, la création de rapports plus rationnels entre l'hôpital et la « collectivité, l'amélioration des conditions de travail du personnel et la « révision des conceptions relatives aux visites médicales. »

« Pour que la nécessité de l'hygiène mentale puisse être comprise à tous « les échelons, il faut commencer à en faire connaître les principes à l'uni- « versité et dans les établissements de formation professionnelle. L'essen- « tiel est évidemment l'instruction donnée en cette matière aux futurs méde- « cins. Mais tout le personnel des services de santé public, infirmières, sages- « femmes, travailleurs sociaux et personnel administratif, doit recevoir une « formation où les notions d'hygiène mentale auront leur place. »

« Pour les facultés et les écoles se pose le problème d'un programme « d'études approprié et celui du recrutement du personnel enseignant, dont « l'esprit doit être orienté dans le sens voulu... *Il faut en outre reconnaître « que, d'une façon générale, le spécialiste de la psychopathologie n'est pas « particulièrement qualifié pour enseigner les principes de l'hygiène men- « tale préventive* (1). Pour saisir un problème donné dans toute sa complexité, « il faut, en plus des connaissances techniques de la psychopathologie, avoir « une connaissance intime du développement psychologique normal ainsi « que du mécanisme des rapports humains et de leur expression dans la vie « sociale normale. Les méthodes appliquées au traitement de l'anormal peu- « vent servir à illustrer les moyens de faire face aux situations et aux ten- « sions normales. En cela, le psychiatre a incontestablement un rôle édu- « catif des plus importants à jouer, mais ce rôle doit demeurer celui d'un « consultant. »

Telles sont quelques-unes des conclusions auxquelles sont arrivés les membres d'un groupe d'étude dont 14 des participants étaient des fonctionnaires de la santé publique, 4 des infirmières ou des travailleurs sociaux, et 2 seulement des psychiatres chargés de l'enseignement des principes de l'hygiène mentale au personnel de santé publique. Deux experts, l'un en médecine sociale, l'autre en psychiatrie préventive, présentaient les problèmes et jouaient le rôle de consultants.

On peut s'étonner, en dépit de sa composition, que cette commission ait abouti à une telle appréciation des compétences psychiatriques en matière d'hygiène mentale. Il semble pourtant de toute évidence que, par

(1) C'est nous qui soulignons cette phrase.

son éducation, son orientation, ses connaissances, son expérience des troubles de l'esprit et de leurs causes, ses rapports si intimes avec des malades de tout âge et avec leur entourage familial, social, cela dans les milieux les plus divers, le psychiatre soit mieux qualifié que quiconque pour « enseigner les principes de l'hygiène mentale préventive » et pour donner des directives à des auxiliaires nécessaires mais qui ne peuvent être que des auxiliaires. Ainsi en avaient jugé les organisateurs du IIe congrès international d'hygiène mentale qui s'est tenu à Paris en 1937. D'autres tendances auraient-elles prévalu dans des organisations plus sensibles peut-être au nombre des adhésions qu'à leur qualification, plus attentives à la diffusion assurément indispensable des notions d'hygiène mentale qu'à cette condition de leur efficacité qu'est une direction psychiatrique ?

R. C.

INSTITUT DE FRANCE

Académie des sciences. Prix Jaffé

Nous sommes heureux d'annoncer que, sur proposition de l'Académie des sciences, la commission de l'Institut de France a attribué le *prix Jaffé*, de 1.200.000 francs, à M. Henri Piéron, professeur honoraire au Collège de France, pour ses importants travaux scientifiques bien connus de nos lecteurs.

UNIVERSITÉS

Faculté de médecine de Lisbonne. Nécrologie.

On annonce la mort à Lisbonne du Dr Egas Moniz, ancien ministre des affaires étrangères du Portugal, ancien professeur à l'Université de Coïmbre, ancien directeur de l'Institut de neurologie de Lisbonne, lauréat du prix Nobel de médecine en 1949.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1956 (1er trimestre). — Numéro d'ordre : 2.113
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 88.693. — 1956.
C.O.A.L. 31.2330.

Anti-épileptique **NOUVEAU**

SANS ACTION SUR LA FORMULE SANGUINE

MYSOLINE

ICI

contrôle les crises

Comprimés à 0 gr. 25

Étuis de 20.50.200 comprimés

Remboursé Sécurité Sociale

LABORATOIRES AVLON S.A.

6, r. Blanche, ENGHIEN-les-BAINS (S.-&-O.) - Tél. 964-02-02

Concessionnaires pour la France et les Pays de l'Union Française de IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) Ltd., filiale de IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES Ltd. à Manchester

R. Moreau, F. Contamin, J. Floglierini, R. Leconte et Florès. — Résultats favorables obtenus par l'administration de 4560 R.P. dans une crise gastrique du tabès et dans une colique de plomb 955

G. Macchi, E. Manghi et M. Saginario. — Indications et méthodes d'emploi du largactyl (4560 R.P.) en thérapeutique neuro-psychiatrique 955

M. Bergouignan et N. D'Aulnay. — Retouches à notre expérience du largactyl en psychiatrie 956

P. Sagripanti. — Hypnothérapie avec le largactyl en psychiatrie 956

F. Arrighi. — Eczémas au largactyl 957

J. Laboucarié et P. Combes. — Valeur et limites des cures de sommeil en psychiatrie 957

E. Wolinetz et H. Mamo. — Indications de la thérapeutique anticoagulante en neurologie 957

M. David. — Les explorations radiologiques en neuro-chirurgie cérébrale 958

Descuns, Garre, Chevrot et Viallet. — Valeur et indications des méthodes radiologiques de contraste en neuro-chirurgie cranienne .. 958

J. Lhermitte. — Techniques, indications et effets des interventions sanglantes sur l'encéphale contre les affections mentales 958

H. D. Mc Intyre, F. H. Mayfield et A. P. Mc Intyre. — Coagulation du quadrant ventromédian dans le traitement des psychoses et des névroses 959

A. Elithorn, M. F. Piercy et M. A. Crosskey. — Modifications dans le système nerveux autonome après leucotomie unilatérale 959

(Suite du sommaire page XVI).

HYDROTHÉRAPIE — ÉLECTROTHÉRAPIE

CHATEAU DE SURESNES

10, Quai Galliéni. **Tél. : Long. 12.88**
situé aux portes de Paris (Métro Porte de Neuilly. Autobus 144)

Maison de santé moderne - pour malades nerveux -
fondée par **M. le Dr V. MAGNAN**
Membre de l'Académie de Médecine
Médecins-Directeurs : Dr FILLASSIER - Dr DURAND-SALADIN

Dans l'épilepsie

DI-HYDAN
comprimés

Produits CARRION 54 Fbg St Honoré Paris 8e

CLINIQUE DE VERSAILLES
62, rue Albert Joly, à VERSAILLES (S.-et-O.).
Tél. : VER. 23-96

PSYCHOSES — NÉVROSES — TOXICOMANIES — TOUTES LES THÉRAPIES CONVALESCENCES - REPOS

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr PIERRE FOUQUET
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

MASSON & Cie, éditeurs, 120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VIe)

PSYCHO-CHIRURGIE
ET
FONCTIONS MENTALES

TECHNIQUES - RÉSULTATS - APPLICATIONS PHYSIOLOGIQUES

par

J. LE BEAU

Neuro-chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

avec la collaboration de

Mme M. CHOPPY, J. GACHES et M. ROSIER

Un volume de 430 pages, avec 78 figures, 1 planche hors texte en couleurs. Broché : **2.800** fr. Cartonné toile : **3.300** fr.

PRÉCIS DE GÉRONTOLOGIE

par

Léon BINET

Membre de l'Institut
Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Fr. BOURLIÈRE

Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Paris

avec la collaboration de MM.

M. AUBRY, P. BANZET, C. BÉTOURNÉ, H. BOUR, L. CARETTE, P. CASTAIGNE, M. CONTE, F. COTTENOT, R. COUVELAIRE, J. DARIC, A. DELAUNAY, R. GARNEAU, A. LARCAN, Cl. LAROCHE, G. MATHÉ, C. OBERLING, G. OFFRET, S. PACCAUD et P. VERNANT

Un volume de 554 pages, avec 183 figures. Broché : **3.800** fr. Cartonné toile : **4.500** fr.

C. L. Jackson et E. G. Jaco. — De quelques facteurs pronostiques dans 538 cas de lobotomie transorbitaire 960

L. M. da Silva, D. G. da Costa et P. Nunes. — Lobotomie chez les schizophrènes 960

R. Jenkens, J. Holsopple et M. Lorr. — Effets de la lobotomie préfrontale chez des malades atteints de schizophrénie chronique sévère 960

D. Ferey, A. Javalet, P.-H. Davost et Ch. Stabert. — De la conservation dans les hémisphérectomies, de zones en apparence saines . 961

M. Feld. — Opération plastique sur la selle turcique dans les infantilismes hypophysaires 961

R. Batisse. — Transformation clinique d'un traumatisme cérébro-vestibulaire après trépanation du canal semi-circulaire supérieur 962

B. Pertuiset et T. Beciric. — La voie intracranienne dans l'exérèse du prolongement nasal des méningiomes olfactifs 962

E. Wolinetz et Testard. — L'heure neuro-chirurgicale dans les hémorragies cérébrales spontanées 962

M. Janny et M. Gabert. — A propos des hémorragies cérébrales aiguës et vasculaires et de leur traitement opératoire 963

P. Cossa. — Le traitement de l'ictus cérébral d'origine vasculaire 963

J. Barrier. — La chirurgie dans la maladie de Basedow 963

P. Mériel, Ch. Darnaud, Y. Dénard, G. Moreau et J.-L. Fermond. — Intérêt du di-iodo-benzoate de butyle dans le traitement des hyperthyroïdies 964

R. Sacrez, Ch. Lausecker et Mme C. Isch. — Association de maladie de Basedow, de myopathie et de tétanie chez un enfant de 11 ans. Traitement par l'iode radio-actif. Etude clinique, électro-encéphalographique et électromyographique 964

J. Vidal et J. Plane. — Réactions thyroïdiennes provoquées par l'acide para-aminosalicylique 964

L. Senn. — Sur la thérapeutique de la paralysie cérébrale infantile et ses résultats lointains 964

F. Accornero. — L'association prostigmine-acétylcholine dans la thérapeutique de la myasthénie grave 965

N. A. Radermecker. — Premiers essais avec la pyridostigmine (mestinon Roche) 965

P. Mollaret, R. Bastin, B. Damoiseau, M. Goulon, J.-J. Pocidalo et M. Rapin. — Le traitement héroïque du tétanos gravissime (Curarisation maxima, sans anesthésie, mais avec trachéostomie et respiration artificielle par contrôle volumétrique interne des modifications de pression). Quatre premières observations 965

M. Janbon, I. Bertrand, M. Ribstein et A. Bertrand. — Tétanos mortel après injection de phénylbutazone (2 cas) 966

D. Mahoudeau et Cl. Lapresle. — Le traitement actuel des paraplégies traumatiques 966

Maspétiol, Chardin et Millard. — Les vertiges du syndrome sympathique cervical postérieur de Barré et leur traitement par les infiltrations du plexus vertébral 967

(*Suite des informations page XVII*).

CLINIQUE MÉDICALE DE VILLE-D'AVRAY

Dr Ch. BRISSET
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Dr J.-A. GENDROT
Ancien Chef de Clinique à la faculté de Paris

23, Rue Pradier à Ville d'Avray (Seine-et-Oise)

Téléphone : par le Régional 11. Chaville 342 (jour), 955 (jour et nuit)

J. Duplay, P. Cossa et F. Cerutti. — La chirurgie non mutilante des névralgies faciales est-elle devenue une réalité ? 967

W. O. Lodge et S. A. Gueukdjian. — De la paralysie faciale : modifications des opérations d'anastomose facio-hypoglosse et de plastie faciale 967

P. Pizon. — Rœntgenthérapie des lombalgies et des sciatiques 968

P. Ravault, G. Vignon et Thiollier. — Le traitement de la sciatique commune par la cortisone 968

R. Boron, V. Sarlin, P. Cellier, Ch. Franck de Préaumont et J. Landois. — Réflexions suscitées par 20 cas de paralysies radiales traumatiques traitées par réanimation tendineuse dans le 2e service de chirurgie du Val-de-Grâce 969

Médecine légale.

Aug. Lev et A. Marchal. — L'homo-sexualité. Etude médico-juridique 969

VARIETES

Société médico-psychologique :

Séances 970

Nécrologie 970

Hôpitaux psychiatriques :

Légion d'honneur 970

Nominations 971

Concours pour l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine 972

Concours pour l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire de Strasbourg 972

Concours pour l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la région sanitaire de Marseille 972

Concours pour un poste de neuro-chirurgien des hôpitaux de Paris 972

Réunions et Congrès :

Groupe d'études et de recherches sur l'épilepsie infantile (Londres, 6-12 octobre 1955) 973

Congrès des psychanalystes de langues romanes (Paris, 11-13 novembre 1955) 973

Journaux et revues :

Rédaction des *Annales médico-psychologiques* 974

Hygiène et prophylaxie :

Hygiène mentale et santé publique 974

Institut de France :

Académie des sciences : Prix Jaffé 976

Universités :

Faculté de médecine de Lisbonne. Nécrologie 976

INFORMATIONS

Ligue internationale contre l'épilepsie XVII

Société française de médecine de la voix et de la parole XVIII

Premier Congrès international de génétique humaine (Copenhague, 1er-6 août 1956) XVIII

INFORMATIONS

LIGUE INTERNATIONALE CONTRE L'EPILEPSIE

La *section française* de la *Ligue internationale contre l'épilepsie*, dont le *secrétaire* est le professeur Henri Gastaut, s'est donné pour tâche de fournir aux médecins-praticiens ainsi qu'aux spécialistes de neuropsychiatrie et de pédiatrie, aux assistantes sociales et aux éducateurs, tous renseignements utiles concernant les moyens de dépistage, de traitement et d'orientation scolaire ou professionnelle concernant les épileptiques.

Son secrétariat dispose dans ce but de :

la liste des *médicaments anti-épileptiques* actuellement vendus en France ainsi que celle de leurs correspondants vendus à l'étranger ;

la liste des *consultations publiques* munies d'un laboratoire d'électro-encéphalographie et spécialisées dans le diagnostic des épilepsies ;

(Suite des informations page XVIII).

la liste des *établissements* susceptibles de recevoir des enfants épileptiques pendant un temps plus ou moins long pour leur fournir les soins et l'enseignement correspondant à leur état.

Le secrétariat s'occupe également d'organiser pour l'été prochain une *colonie de vacances* pour enfants épileptiques.

Toute *demande de renseignements* devra être adressée au secrétariat de la section française de la Ligue internationale contre l'épilepsie, Hôpital de la Timone, Marseille. Elle devra comporter des précisions suffisantes pour orienter la réponse, notamment lorsqu'il s'agit d'un placement d'enfants dans un Institut ou dans une colonie de vacances (âge, sexe, résidence, situation familiale par rapport à la Sécurité sociale ou à d'autres moyens de prise en charge, quotient intellectuel, bref aperçu des troubles caractériels ou somatiques lorsqu'ils existent, nombre et type des crises).

SOCIETE FRANÇAISE DE MEDECINE DE LA VOIX ET DE LA PAROLE

Une *Société française de médecine de la voix et de la parole* vient d'être créée à Paris.

Ouverte exclusivement aux docteurs en médecine, qu'ils soient spécialistes de ces questions ou seulement intéressés par elle, elle a pour but de promouvoir toutes recherches scientifiques ou cliniques relatives à la pathologie de la phonation et du langage.

Renseignements et adhésions : Dr Edouard Garde, 11, square Moncey, Paris (9e), et Dr Jean Pommez, 11, rue du Commandant-Arnould, à Bordeaux.

PREMIER CONGRES INTERNATIONAL DE GENETIQUE HUMAINE

(Copenhague, 1er-6 août 1956)

Le *Ier Congrès international de génétique humaine*, dont le *comité d'organisation* a pour *président* le professeur Tage Kemp et comme *secrétaire général* le Dr B. Harvald, se tiendra à *Copenhague*, du *1er au 6 août 1956* (Institut d'anatomie médicale, Nørre Allé 63, Copenhagen, N.).

Toute personne s'intéressant à la génétique humaine, et particulièrement aux études génétiques concernant les caractères normaux et pathologiques de l'homme (spécialement au point de vue médical) est invitée à prendre part à ce congrès international, dont les langues officielles seront le français, l'allemand et l'anglais.

17 sections ont été prévues, parmi lesquelles une section concernant les rapports de la génétique avec la psychiatrie, la psychologie et la criminologie, une section concernant ses rapports avec les états de déficit intellectuel, une section concernant ses rapports avec la neurologie, une autre encore ses rapports avec la médecine sociale.

Le programme provisoire et toutes informations ultérieures sont obtenues sur demande adressée au « Secrétariat du premier congrès international de génétique humaine, 14, Tagensvej, Copenhagen, N., Danemark ».

MASSON ET C^IE^, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MEDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

TOME IV

(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages..... 5.000 fr.

(plus frais d'envoi : 200 fr.)

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale

depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte (Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917

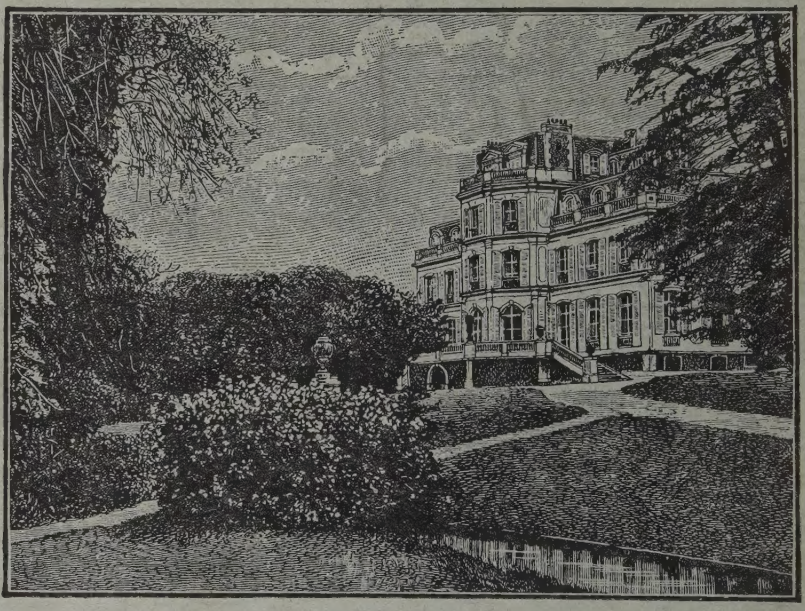
Conditions sur demande

CLINIQUE MEDICALE
DU
CHATEAU DE GARCHES

2, Grande-Rue, GARCHES (S.-&-O.)

Téléph. : MOLITOR 55-55

Docteur GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris



Thérapeutiques des affections nerveuses

Electro-choc - Insuline, etc. - Narco-analyse - Psychothérapie

Traitements de l'Alcoolisme

CONVALESCENCES - RÉGIMES
MÉDECINE GÉNÉRALE

INSTALLATIONS TECHNIQUES MODERNES

GRAND CONFORT - BEAU PARC DE SIX HECTARES

Published in France.

SHL
WITHDRAWN